**特定医療費（指定難病）の請求に係る申立書**

年　　　月　　　日

堺市長　殿

　私は、次の死亡した受給者の相続人として、当該受給者に係る特定医療費（指定難病）の請求及び受領を行い、その一切の責任を負うことについて、堺市難病の患者に対する医療等に関する要綱第２条第２項の規定により申し立てます。

|  |
| --- |
| **死亡した受給者** |
| 受給者番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 死亡年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| **申　立　人** |  |
|  | 住　所  |  |
|  | 氏　名  | 　 |
|  |  | （申立人が自署しない場合は、記名押印をしてください。） |
|  | 電話番号 |  |
|  | 受給者との続柄 |  |
|  |  | **※ 請求者が受給者と別世帯の場合は、受給者と請求者の続柄が分かる公的書類（戸籍謄本等）を添付してください。** |