

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。