申 立 書

受給者の指定難病にかかる医療費等の請求及び受領に関して、下記の理由により、請求者が申請するものであることを申し立てます。

　なお、他の申請資格者から異議の申し出があったときは、請求者の責任において解決し、神戸市保健所保健課には一切迷惑をかけないことを確約します。

記

【理由】　　（受給者）　　　　　　　　　　　　　　死亡のため

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者住所 | 〒　　　－ |
| 受給者番号 |  |
| 死亡年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 医療費等の請求対象月 | 　　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　月　　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　月※請求月すべてについてご記入ください。例）　令和５年　　１１、１２　　　　　　　月　　　令和６年　　１、２、３　　　　　　　月 |

上記申立てに相違ありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求者（申立人）住所・連絡先 | 〒　　　－（電話番号　　　　　　　　　　　　　） |
| 請求者（申立人）ふりがな氏　　　　　名 | （続柄　　　　　　　　　）　㊞　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※スタンプ印不可

|  |  |
| --- | --- |
| 区職員記載欄 | 請求者本人確認書類 |
| ・運転免許証 ・マイナンバーカード ・旅券（パスポート） ・その他（　　　　　） |