**心身障害者医療費に係る相続人代表届**

　　　　年　　月　　日被相続人死亡により、私が心身障害者医療費を受領する相続代表人になることを相続人が同意しましたので、下記のとおり届け出します。

　なお、この届出により、後日相続についての疑義が生じた場合は、私が一切の権限を負います。

　　年　　月　　日

◎被相続人

住　　所　津山市

氏　　名

受給資格証番号

◎相続人代表　　　　　　　　　 〒

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（続柄；　　　　　　　　　）

電話番号　（　　　　　　）　　　　－

医療費振込先口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関の名称 | （　　　　　）銀行・信用金庫・農協（　　　　　）本店・支店 | |
| 預金の種別・記号・番号 | 普通・当座　　預金 | 番　　　　　号 |
|  |
| フ　リ　ガ　ナ |  | |
| 名　　義　　人 |  | |