

記

平成 年 月 日

死亡の為、

市からの医療費及び福祉手当等に関しては、

相続人代表者である

私が引き受けます。

なお、この件に関して、市へは一切迷惑をお掛け致しません。

平成 年 月 日

相続人代表 住所

氏名

印