

下記被相続人死亡の為、市からの医療費及び福祉手当等に関しては、下記の相続人代表者が引き受けます。

尚、この件に関して、市へは一切迷惑をお掛け致しません。

年 月 日

記

被相続人 (手帳所持者) 死亡日 年 月 日

氏 名

相続人代表 住 所

氏 名

印