

申 立 書

受 給 者 氏 名

受 給 者 住 所

受給者生年月日 明 大 昭 平 令 年 月 日

死 亡 年 月 日 令和 年 月 日

上記の者の

- 1 郡山市重度心身障害者医療費
- 2 郡山市重度心身障害者タクシー券等助成金
- 3 郡山市特定疾患患者福祉手当
- 4 郡山市人工透析患者通院交通費助成金
- 5 郡山市在宅酸素療法者酸素濃縮器利用助成金
- 6 特別障害者・障害児福祉手当・福祉手当

の受領を私が行うことについて、争いが生じた場合は私の責任で解決し、貴市には一切迷惑をおかけいたしません。

なお、本手当を返戻することになった場合は、私の責任において即時に返戻いたします。

令和 年 月 日

申 立 者 住 所

申 立 者 氏 名

電 話 番 号 ()

死亡者との関係

※申立者氏名は自署又は記名押印してください。