

特定医療（指定難病）療養費代理受領申出書

年 月 日

（あて先） 仙台市長

（受領者） 住所 _____

氏 名 _____ 印 _____

受給者からみた続柄 _____

電話番号 _____

私は、 _____ の相続人の代表として、特定医療（指定難病）療養費の代理受領をすることを申し出ます。受領の際は、下記口座への振込を依頼します。

なお、当該受領の分割等については、相続人内で協議のうえ私が責任を持って処理し、仙台市は一切関与しないことに同意します。

●振込先に関すること（受領者の口座に限る※）

金 融 機 関 名	支 店 名	種別	口 座 番 号							フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人
		普通								

※市外にお住まいの方が受領する場合は医療費助成受給者との続柄がわかる

「戸籍謄本」等を添付してください。

仙台市処理欄

仙台市収受印	センター 受付印

