

# 助成金等の受領に関する申立書

令和 年 月 日

(あて先) 松戸市長

申立人 住所  
(相続人) 氏名 印

電話番号

被相続人との続柄 ( )

下記のとおり、助成金等受給者(被相続人)の死亡に伴い、私が助成金等を受領することを申立ていたします。なお、他の相続人から異議の申し出があったときは、私の責任において解決することを確約いたします。

1 受給者 住所 松戸市  
(被相続人)

氏名

死亡年月日 令和 年 月 日

2 申立人(相続人)振込口座

振込先	口座名義人	指定金融機関		口座番号
	カガナ	銀行		普通・当座 NO. _____
		支店		
支店番号				

【受給している助成金等】該当する番号に○をつけてください

- 1 重度心身障害者医療費助成金 (受給者番号: \_\_\_\_\_)
- 2 難病者援護金
- 3 特別障害者手当 (国)
- 4 障害児福祉手当 (国)
- 5 心身障害児福祉手当
- 6 ねたきり身体障害者等福祉手当
- 7 障害者施設通所交通費
- 8 その他 ( )