相 続 人 届 出 書

 故 　　　　　　に関する重度心身障がい者医療費給付の受取りを、相続人代表である下記の者としますので、届け出ます。

 令和 年 月 日

会津美里町長　様

 （相続人代表）

 住所

 氏名

 続柄

受取希望金融機関

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支 店 名 | (ふりがな)口 座 名 義 | 種類 | 口 座 番 号 |
|  |  | (　　　　 ) |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 相続人は原則として、配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹の順で優先されます。