

相続人代表者の届出書

令和 年 月 日

沼津市長 様

被相続人 住 所 \_\_\_\_\_  
(住民票の住所)  
氏 名 \_\_\_\_\_

相続人代表者  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

被相続人との続柄 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

私は、被相続人に係る**重度障害者(児)医療費助成金**の受領について、下記相続人の承諾を得ていますので、相続人代表者として届け出ます。

記

相続人代表者以外の相続人

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 被相続人との続柄 \_\_\_\_\_

※この相続人代表者の届出書の記載事項に誤りが認められたときは、支給された**重度障害者(児)医療費助成金**を返還していただく場合があります。