

様式第4号

年 月 日

宝塚市帯状疱疹任意予防接種費助成金の受領に係る申立書

宝塚市長 宛て

申立人 住所
(相続人) 氏名
被接種者との続柄
電話番号 () -

下記の被接種者に係る帯状疱疹任意予防接種費用の助成金については、同人の死亡に伴い、相続人である私が受領するものであることを申し立てます。

なお、本件について相続人全員の同意を得ており、問題が発生した場合は、私の責任において解決します。

記

被 接 種 者	氏 名	
	死亡時の住所	宝塚市
	死亡年月日	年 月 日
添 付 書 類 (どちらか1つ)	(1) 戸籍謄本の原本又は写し (2) 上記のほか、被接種者と相続人との関係を証明するもの	