

# 申 立 書

受給者 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生は  
令和 年 月 日に死亡したため、相続人協議のうえ、  
相続人 ( ) が1. 心身障害者医療費助成  
2. 小平市心身障害者自動車ガソリン費補助等の請求（受領）に関して代理申  
請いたします。

令和 年 月 日

相続人代表者 住 所  
氏 名 印  
(受給者との続柄 )