

福祉医療費の支給について

_____ の福祉医療費支給分を相続権者を代表して、
受領します。

なお、この受領について、他の相続人から異議申立があった場合は、
受領者が責任をもって対処します。

令和 年 月 日

受領者

住所 _____

氏名 _____

印 _____

※本人自署の場合は押印不要です。

対象者との続柄 _____