

受給者がお亡くなりになられた後に償還払い請求する場合は、「特定医療費（指定難病）償還払い申請書」と「特定医療費（指定難病）証明書（または領収書）」に加えて、次の書類が必要となります。

- **申立書**（本紙）…記入例（裏面）を参考にご記入ください。
- **受給者と申請者の続柄がわかる戸籍謄本等の写し（相続人の確認のため）**
※ただし、本市に住民票がある方で、亡くなられた方と同一世帯の場合は不要です。

申 立 書

（受給者氏名）_____は令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日に

死亡したため、同人に支給される特定医療費については、下記の申請人名義の口座に振り込んでいただくようお願いいたします。

なお、特定医療費の申請及び受領に関する行為について、私（相続人）が責任を負い、大阪市に対して一切の迷惑及び損害をおかけしません。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

大阪市長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

（受給者との続柄： _____）

連絡先（電話番号） _____

受給者がお亡くなりになられた後に償還払い請求する場合は、「特定医療費（指定難病）償還払い申請書」と「特定医療費（指定難病）証明書（または領収書）」に加えて、次の書類が必要となります。

- **申立書**（本紙）…記入例（裏面）を参考にご記入ください。
- **受給者と申請者の続柄がわかる戸籍謄本等の写し（相続人の確認のため）**
※ただし、本市に住民票がある方で、亡くなられた方と同一世帯の場合は不要です。

申 立 書

（受給者氏名） 大阪 太郎 は令和3年3月20日に

死亡したため、同人に支給される特定医療費については、下記の申請人名義の口座に振り込んでいただくようお願いいたします。

なお、特定医療費の申請受領に関する行為について、私（相続人）が責任を負い、大阪市に対して一切の迷惑及び損害をおかけしません。

令和3年4月1日

大阪市長 様

申請者

住 所 〇〇市△△町1-2-3

氏 名 大阪 花子

「特定医療費（指定難病）償還払い申請書」の申請者及び振込口座の名義人と同じ氏名をご記入ください。

（受給者との続柄： 妻 ）

連絡先（電話番号） ××××-××-××××