第１０号様式

**同　　意　　書**

　特定医療費（指定難病）受給者　　　　　　　　　　の死亡に伴い，特定医療費療養費を下記の者が申請し，受領することに同意します。

　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　※記名押印又は自筆による署名

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 | ㊞　　**（受給者との続柄：　　　　　）** |
| 住　　所 | * 上記に同じ |
| 氏　　名 | ㊞　　**（受給者との続柄：　　　　　）** |
| 住　　所 | □　上記に同じ |
| 氏　　名 | ㊞ **（受給者との続柄：　　　　　）** |
| 住　　所 | □　上記に同じ |
| 氏　　名 | ㊞ **（受給者との続柄：　　　　　）** |

記

【お受け取りになる方】

○ 住　 所 （〒　　　－　　　　）

○　電話番号

○ 氏　 名 　　 　 ㊞ **（受給者との続柄：　　　）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※記名押印又は自筆による署名

（添付書類）故受給者の相続人が全員記載された戸籍謄（抄）本（原本）を添付すること。

また，転籍している場合は，転籍前の戸籍も必要。