

様式第4号(第9条関係)

金武町福祉医療助成金継承届

受給資格者名		
継承者	ふりがな	
	氏名	
	続柄	
	住所	
	電話番号	

※ 継承する方の預金通帳(郵便局以外)等の表紙の写しを添付してください。

上記のとおり届出いたします。

年 月 日

金武町長 殿