

# 葬 祭 費 支 給 申 請 書

(振込先)

|               |
|---------------|
| 金額    50,000円 |
|---------------|

|         |     |
|---------|-----|
| 金 融 機 関 |     |
| 支 店 名   |     |
| 口 座 番 号 | 当・普 |
| フ リ ガ ナ |     |
| 口 座 名 義 |     |

※申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。

ただし 新見市国民健康保険条例第8条による葬祭費

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| 被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 | 岡 1 0 ー                                     |  |
| 死 亡 者               | 氏 名   |  |
|                     | 申 請 者 柄 と の 続                               |  |
|                     | 個 人 番 号                                     |  |
| 死 亡 日               | 年                    月                    日 |  |
| 葬 祭 日               | 年                    月                    日 |  |
| 備 考                 |   |  |

上記のとおり申請します。

年                    月                    日

〒                    ー

申請人                    住 所  
(葬祭執行者)

氏 名

※本人が署名（自署）してください（押印不要）。

連 絡 先                    (                    )                    ー

新 見 市 長                    様