

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 の 記 号 番 号		岡 1 0 ー
死亡者	氏 名	
	申 請 者 と の 続 柄	
	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 (葬祭執行者)	住 所	
	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		