

葬祭費支給申請書

次のとおり申請します。										年 月 日			
金額			2	0	0	0	0	0	円				
申請者 住 所 倉吉市													
(葬祭執行者) 氏 名										㊞			
電話番号													
(宛先) 倉吉市長													
葬祭費等の受給確認				☐ 他の制度から葬祭費に相当する給付を受けていません（受けません）。									
被保険者証		記 号 番 号											
		住 所											
		世帯主	氏 名										
			個人番号※										
死亡した者		氏 名											
		申請者との続柄											
死亡年月日		年 月 日											
葬祭年月日		年 月 日											
(宛先) 会計管理者 次の口座に振り込んでください。													
振 込 先		金 融 機 関 名											
		支 店 番 号						預 金 種 別					
		支 店 名											
		口 座 番 号											
		フ リ ガ ナ									㊞		
		口 座 名 義 人											
※死亡した者が世帯主である場合は、世帯主の個人番号の記載は、不要です。													
(申請者と口座名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。) 上記の国民健康保険葬祭費について、その受領の権限を上記受取人に委任します。													
申請者住所													
申請者氏名												㊞	