

日野市後期高齢者葬祭費支給申請書

（あて先）日野市長

決裁	課長	係長	担当

請求金額	50,000 円
------	----------

下記のとおり申請します。

申請年月日		年	月	日	
死亡届 関係事項	被保険者番号				
	亡くなった方	住所			
		フリガナ			
		氏名			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日 生
	亡くなった年月日		年	月	日
葬祭執行年月日 (告別式の日)		年	月	日	
※被用者保険資格喪失後3か月以内に亡くなられた場合にのみご記入ください		健康保険・船員保険・共済組合等から埋葬料等の支給を受けることができる・できない			

申請人 (喪主)	住所	〒 - 電話 () -	
	フリガナ		(亡くなった方から見た) 続柄
	氏名	①	
	生年月日	明・大・昭・平	

支給額は、下記の口座に振り込みください。(喪主の方の名義の口座を記入してください)

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店	種別	普通・当座・()					
			口座 番号						
フリガナ			銀行コード			支店コード			
口座名義人									

*窓口に申請に来た方が申請人(喪主)と異なる場合に記入してください。

申請代理人	〒 - 住所	電話 () -	喪主との続柄
	氏名		

備考欄
添付書類 (以下1、2のいずれか)
1. 会葬礼状の写し
2. 喪主が誰であるか確認できる葬祭費用領収書等の写し
※納税相談 有 ・ 無
申請者と口座名義人が異なる場合は委任状
<input type="checkbox"/> 申請者=口座名義人 <input type="checkbox"/> 委任状あり(申請書押印必要)
申請人の本人確認なし <input type="checkbox"/> 押印(申請人)
申請者の本人確認(申請人の印がある場合は不要)
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証
<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
訂正箇所 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→訂正印(申請印無ならサイン)

受付番号:
受付者:
資格 : 有 ・ 無
保険料 特徴・普徴 (年度 期まで)
保険証 : 回収 ・ 未回収
送付先変更 : 済 ・ 未 ・ 不要

入力
受付印