

日野市後期高齢者葬祭費支給申請書

（あて先）日野市長

請求金額	50,000 円
------	----------

決裁	課長	係長	担当

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	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					
申請者 （喪主）	住所	〒			電話（	）	—
	フリガナ				（亡くなった方から見た） 続柄		
	氏名	印					

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 農協	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 に来た 方	<input type="checkbox"/> 申請者（喪主）本人（住所・氏名等記入する必要はありません）
	<input type="checkbox"/> 申請者（喪主）以外（下記にご記入ください）
	〒
	住 所
	氏 名
	電 話 番 号（）続柄（喪主との続柄）

備考欄
<b>添付書類（以下 1、2 のいずれか）</b> 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
<b>申請者と口座名義人が異なる場合は委任状</b> <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）
<b>申請人の本人確認なし</b> <input type="checkbox"/> 押印（申請人）
<b>申請者の本人確認（申請人の印がある場合は不要）</b> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他（）
<b>訂正箇所</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→訂正印（申請印無ならサイン）

受付者：
資格：有・無
資格確認書：回収・未回収
送付先変更：済・未・不要
備考

口座入力：
申請入力：
受付印