

葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付印

支給額 ¥ 2 0 0 0 0 -

決定年月日 年 月 日

支出年月日 年 月 日

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号		世帯主氏名	
死 亡 者 関 係 事 項	住 所	伊方町	
	死亡者 氏 名		
	生年月日	年	月 日
	死亡年月日	年	月 日
	葬儀執行年月日	年	月 日

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

伊 方 町 長 殿

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 死亡者との続柄 ()
 電 話 番 号 _____

受 付

入 力

※下記の口座に振込みをお願いします。

振 込 指 定 金 融 機 関	種 目	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (フ リ ガ ナ)
銀行	本店(所)		
農協	支店(所)		
信漁連	出張所		

上記申請のとおり支給決定してよろしいかお伺いします。

保 険 者 確 認 事 項			1. 完 納 2. 未 納 (円)				
検 印	町 長	副 町 長	課 長	課 長 補 佐	係 長		税 務 室
	/						

委任状

伊方町長 様

年 月 日

私が伊方町より支払いを受ける、葬祭費の受領に関する権限を委任します。

委任者（申請者）	受任者（口座名義人）
住所	住所
氏名 印	氏名

念書

伊方町長 様

年 月 日

死亡者	氏名
相続人	住所
	氏名 印
	続柄

年 月 日 の死亡により、伊方町国民健康保険の葬祭費の受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、伊方町には一切ご迷惑はおかけいたしません。