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

記号番号		世帯主氏名	
死亡者関係事項	死亡者 住所	伊方町	
	死亡者 氏名		
	死亡者 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。
なお、この葬祭費の支給に関して、異議が生じた場合、申請者の責任において解決することを誓約します。

年　月　日

伊 方 町 長　様

申請者（葬儀執行者）
住　所
氏　名
死亡者との続柄（　　）生年月日（　　）
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（カタカナ）
銀行 農協 信漁連	本店(所) 支店(所) 出張所	1 普通 2 当座		

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		税務係

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	氏名

念　　書

伊方町長　様　　年　　月　　日

死亡者	氏名
申請者	住所
	氏名
	続柄

年　　月　　日　　の死亡により、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。