

民健康保険葬祭費支給申請書					支給決定伺			
被保険者証の記号番号		島65	—	世帯主名	課長	課長補佐	係長	係
死亡者名								
死亡年月日	平成 年 月 日							
死亡の場所								
死亡の原因			葬祭執行年月日			起票年月日	平成 年 月 日	
葬祭を行う者の氏名			死亡者との関係			決裁年月日	平成 年 月 日	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 矢吹町 番地</p> <p>葬祭を行う者の 氏名 印</p> <p>(電話 —)</p> <p>矢吹町長 様</p>					この申請書の内容を検討したところ、適法と認められるので、葬祭費として、 円を支給してよいか伺います。			
					なお、決定の上は、別紙決定通知書を交付してよいか併せて伺います。			
					処 理 確 認			
					戸籍又は住民登録係の担当者の印			
葬祭を行う者の 払込み希望	金融機関名			受 付 印	被保険者の資格	有 ・ 無		
	口座				資格喪失届	済	台帳整理	済
	名義人				決定通知交付日	平成 年 月 日		