

受付印

第6号様式（第10条関係）

決裁	課長	主幹	係

本人確認処理欄

免許	パス	住基	保険	身障	年金	開取	個人

大垣市国民健康保険

葬 祭 費 支 給 申 請 書

大垣市長 様

金 50,000 円也

上記の金額を申請します。

年 月 日

申請人（葬祭執行者）

住所 〒

大垣市 町 丁目 番地

氏名 (死亡者との続柄)

電話

振込先 金融 機関	銀行	店 所	普・当	口座番号
	金庫		フリガナ	
	農協		名義人氏名	

被保険者記号・番号	
死 亡 年 月 日	年 月 日
死 亡 原 因	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）による <input type="checkbox"/> その他
被 保 険 者 氏 名	
葬 祭 執 行 年 月 日	年 月 日

台帳

証 明 欄	上記のとおり死亡したことを証明する。		
	年 月 日	埋火葬許可証 番号及び許可 年月日	第 号 年 月 日
	市町村長		
	印		

帳簿

葬祭執行者の 確認書類	<input type="checkbox"/> 会葬礼状 <input type="checkbox"/> 葬儀の領収書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	確認者
----------------	---	-----

※毎月10日までに申請された場合は、申請月の月末に支払います（11日～月末までに申請された場合は翌月末）。

振込のお知らせは郵送いたしませんので、通帳等でご確認ください。