

国民健康保険葬祭費支給申請書

被 保 険 者	記 号	も	番 号	
世 帯 主	住 所	毛呂山町		
	氏 名			
死亡者の氏名		世帯主との続柄		
死亡者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	死亡者の資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
死亡の年月日	令和 年 月 日	葬祭執行日 年 月 日	令和 年 月 日	
支給申請金額	50,000 円			
葬祭執行者と死亡者との続柄				
備 考				
<p>上記のとおり葬祭費の支給を申請し、下記の指定口座に振込みを依頼します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>毛呂山町長 あて</p> <p style="text-align: right;">住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">葬祭執行者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>				

指 定 口 座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望します。			
	金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農 協		支店
	預金種別	普通 当座	口座番号	
	フリガナ			
	預金名義人	名義人に受領を委任します。 葬祭執行者氏名 ㊟		

毛呂山町記入欄

確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> 会葬礼状 <input type="checkbox"/> 領収書等 <input type="checkbox"/> 社保離脱3月以内(埋葬料) <input type="checkbox"/> 台帳	案 内	<input type="checkbox"/> 税務課 <input type="checkbox"/> 高齢者支援課 <input type="checkbox"/> 福祉課 <input type="checkbox"/> その他 ()	台帳番号	受付
				担当	