

年 月 日

田原本町長 殿

〒
住所 田原本町

申請者（葬祭者）

氏名

電話番号 ()

葬祭費 支給申請書

田原本町国民健康保険条例第6条の規定により、下記のとおり葬祭費の支給を申請します。

なお、他の相続人等から異議の申立てがあった場合は、申請者の責任において当事者間で解決することを誓約します。

記

死 亡 者 名	
死 亡 年 月 日	年 月 日
葬祭者との続柄	
被保険者記号番号	奈 1 9
申 請 金 額	金 3 0 , 0 0 0 円

支払方法		1. 現金支払い 2. 口座振込									
金融機関名	銀 行						本 店			預金種別	普 通 当 座
	信用金庫						支 店				
	農 協						出張所				
口座番号								フリガナ 名 義 人			

納付 状況	現年度分	過年度分
	完・未	完・未

担当者