

葬儀執行者 様

葬祭費の支給申請について

このたびの、国民健康保険に加入されていた方のご不幸に対し、葬祭費を支給いたしますので、下記申請書の太枠内に記入のうえ提出をお願いいたします。

なお、葬祭費は金融機関の口座に振り込みますので、葬儀執行者本人の口座情報を記入のうえ、通帳のコピーを添付してください（表紙を開いた裏面部分、カナ名の確認をします）。

※太枠内が記入されていれば、郵送でも申請可能です。

問い合わせ先:下仁田町役場 福祉課 国保係 TEL 0274-64-8801

提出先:下仁田町役場 住民税務課 住民係

葬祭費支給申請書

( 年度)

NO. \_\_\_\_\_

様式第3号 (第4条関係)

記号番号	—	世帯主氏名	
死亡者氏名		世帯主との続柄	
死亡年月日	年 月 日	葬儀執行者氏名	
執行年月日	年 月 日	死亡者との続柄	
<p>下仁田町国民健康保険条例第7条の規定により申請します。</p> <p>なお、葬祭費支給申請に必要な事項として、私の属する世帯全員の町税等の納入状況について町が閲覧することに同意します。</p> <p>(※町税等とは、町民税・固定資産税・軽自動車税・国民健康保険税・後期高齢者医療保険料・介護保険料)</p> <p>年 月 日</p> <p>〒 —</p> <p>申請者 ・住所 (葬儀執行者) フリガナ</p> <p>・氏名</p> <p>・生年月日</p> <p>・連絡先TEL — —</p> <p>下仁田町長 様</p>			
口座番号	銀行 信用組合 信用金庫 農協	本店 支店 支所 (郵便局除く)	普・当
		番号	名義人 (フリガナ)
<p>死亡届のあったことを証明する。</p> <p>【死亡の原因： 第三者行為(交通事故等) ・その他(疾病等)】 住民係 _____</p>			
※処理欄(記入しないでください)		① 有・無 印	起票 支払