様式第3号(第19条)

|  |
| --- |
| 国民健康保険葬祭費支給申請書 |
| 記号番号 | 栄 |  |  |  |  |  |  | 申請額 | ５０，０００円 |
| 死亡年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 葬儀執行年月日 | 年　　月　　日 |
| 死亡者住所 | 栄町 |
| 死亡者氏名 |  | 申請人との続柄 |  |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別 | 男・女 |
| 死亡の原因 |  |
| 死亡証明欄 | 　　　　年　　月　　日　死亡届受付済 |
| 　　上記のとおり栄町国民健康保険条例第7条による葬祭費を申請します。　　　令和　　　　年　　　月　　　日 |
|  | 住所 |  |
| 申請人 | 氏名 | 　 |
| 電話番号 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　栄町長　　　　様 |
| 決裁 |  |
| 振込先 | 処理欄 |
| 銀行名 |  |  | ／ | 処理 |  |
| 支店名 |  | ／ | 支出 |
| 種別 | 普通　・　当座 |  |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 名義人 |  |
| 電話番号 | ―　　　　―　　 |