

支給決議	課長	班長	担当	支給決定額
				60,000 円

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被保険者証 番 号			
死 亡 者 氏 名		生年月日	年 月 日
死 亡 年 月 日	年 月 日		
死亡の原因	1:第三者行為(交通事故等)		2:その他(自損事故・疾病等)
葬祭執行 年 月 日	年 月 日		

上記のとおり申請します。

年 月 日
申請者(葬祭執行者)

住 所

氏 名

印

死亡者との続柄

電話番号

潟 上 市 長 様

代理人の欄

代理人

住 所

氏 名

印

電話番号

支 払 金 融 機 関 名	支 店 名	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (カカナ)

受 取 代 理 人 欄	本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。		年 月 日
	申請者(葬祭執行者)氏名		印
	代理人の氏名	代理人の住所	
	印		

受付者	申請者 確認欄	台帳No.	入力	起票	消込