

支給 決議	課 長	班 長	担 当	支 給 決 定 額
				6 0 , 0 0 0 円

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 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 ----- 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 ----- 電話番号 -----
-----------------------	--

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

☐ 公金受取口座を利用します。(マイナポータル等から登録した口座を利用される方)

受 取 代 理 人	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		
	代理人の氏名	代理人の住所	

受付者		申請者 確認欄		台帳No.	入力	起票	消込