

課長		取扱者		支給決定額
				30,000

## 国民健康保険 葬祭費支給申請書

被 保 険 者 氏 名										
死 亡 年 月 日		年 月 日								
被 保 険 者 証 記 号 番 号		香川 45-								
振込先	金融機関名				支 店 名				普 ・ 当	
	名義人	フリガナ			口座 番号 (※7桁)					
<b>委 任 状</b> ※上記振込先が葬祭主以外の場合 私は、受任者 <span style="float: right;">を代理人と定め、葬祭費の受領に関する一切の</span> 権限を委任します。										
				令和	年 月 日					
				申請者	住所					
				(葬祭主)						
				氏名						⑩

上記のとおり申請します。

また、他の相続人等から異議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。

さぬき市長 殿

令和 年 月 日

申請者 住所  
(葬祭主)

氏名

⑩

死亡者との続柄

TEL

※ 申請書を提出するときには、「認印」と「振込先通帳」と「葬祭を行った方を確認できるもの(会葬礼状など)」をお持ちください。

※口座番号は、必ず空欄なく記入をお願いします。。