

決 裁	課長	係長	係員

様式第2号(第5条関係)

## 葬祭費支給申請書

令和 年 月 日

光市長様

住所 \_\_\_\_\_

申請者

下記のとおり申請します。

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者 記号・番号	山10	死亡年月日	年	月	日
		葬儀執行年月日	年	月	日
死亡した被保 険者の氏名		性	別		
死亡原因		申請人との続柄			
申請事項	光市国民健康保険条例第5条の規定による葬祭費				

※交付決定額

¥50,000円

## 請求書

令和 年 月 日

光市長様

住所 \_\_\_\_\_

請求者

氏名 \_\_\_\_\_

請	求	金	額	摘	要		
	¥	5	0	0	0	0	葬祭費として

公金受取口座を利用します。(利用する場合は口座情報の記入不要)

銀行・信用金庫  
農協・労働金庫

支店・支所  
出張所

普通

当座 口座番号 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

口座名義人 \_\_\_\_\_