

税確認欄	課 長	係 長	担 当

葬 祭 費 請 求 書

支 給 額		50,000円									
被 保 険 者 記 号 番 号	記号			葬祭を行う者の氏名							
	番号										
死 亡 者 氏 名						死亡者の葬祭を行う者との続柄					
死 亡 年 月 日		年 月 日									
葬 祭 年 月 日		年 月 日									
上記のとおり請求します。 年 月 日 那須塩原市 葬祭を行う者 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 那須塩原市長 様 電 話 (_____) _____											
上記の内容について確認した。 戸 籍 担 当 者 印 印											
振込先金融機関名		銀行・信金 信組・農協				支店・支所 出張所					
口 座 番 号		普通・当座									
フリガナ											
口 座 名 義 人											

※ 担 当 記 入 欄	国保取得年月日	年 月 日
	(※)国保加入前の状況	社保本人・社保扶養・国保
	支払方法	振 込 ・ 現 金 ・ 税 充 当
	支払年月日	年 月 日