

多摩市長 殿

多摩市後期高齢者医療葬祭費支給申請書兼請求書

被保険者番号								
被保険者氏名								
死亡年月日			年		月			日
葬祭執行年月日			年		月			日
申請及び請求の額	50,000							

後期高齢者医療葬祭費の支給をされたく、多摩市後期高齢者医療葬祭費支給事務要綱第4条の規定により、関係書類を添えて上記のとおり申請し、葬祭費の支給の決定を受けたときは、当該決定日をもって、当該葬祭費を下記の口座に振り込むよう請求します。

振込先	銀行・信金 農協・信組	支店名	支店	店番号			
口座種別	普通・当座	口座番号					
フリガナ							
口座名義人							

●申請者（葬祭を行った方）
〒 _____
住所 _____
氏名 _____ 続柄 _____
電話番号 () _____

●来庁した方
 申請者本人（下記、記入不要） / 申請者と異なる（下記の欄に記入してください。）
〒 _____
住所 _____
氏名 _____ 続柄 _____
電話番号 () _____

※ 口座名義人が申請者と異なる場合は、下記の欄に記入してください。

委任欄	上記口座名義人に対して、葬祭費の受領を委任します。
	申請者（葬祭を行った方） _____

【市職員記入欄】

添付文書
領収書・会葬礼状・その他

受付印

