

記載例

年 月 日

多摩市長 殿

提出日をご記入ください。

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	1	2
被保険者氏名	多摩 太郎	
死亡年月日	○年	○月
葬祭執行年月日	○年	○月
申請及び請求の額	5000	

被保険者番号が不明の場合は空欄で構いません。
 お亡くなりになった方の
 氏名、死亡年月日、葬祭執行年月日※をご記入ください。
 （※告別式の日をちをご記入ください。）

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	
口座種別	通帳等をご確認のうえ、漏れのないようにご記入ください。				
フリガナ					
口座名義人					

●申請者（葬祭を行った方）

〒

住所

氏名

電話番号

申請者（葬祭を行った方）の氏名・住所等をご記入ください。
添付いただく領収書の宛名と一致させてください。
会葬礼状を添付する場合は、喪主と一致させてください。

●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

電話番号

どちらかの口に✓をしてください。
申請者と異なる場合は、ご来庁された方の
郵便番号・住所・氏名・電話番号・続柄をご記入ください。

※ 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 申請者	申請者（葬祭を行った方）以外の口座に振込を希望する場合は、申請者（葬祭を行った方）の委任が必要ですので、ご記入ください。
-----	-------------	--

【市職員記入欄】

添付文書
領収書・会葬礼状・その他

受付印

