

葬 祭 料 支 給 申 請 書

千葉県知事様

年 月 日提出

| | | | |
|-------------------------------|----------------|---|------------|
| (フリガナ) 氏 名 (申請者) | | 死亡した 被爆者との 続柄 | |
| 居 住 地 | 〒 (電話番号 - -) | | |
| 申請者が葬祭を行 う年月日または 行った年月日 | 年 月 日 | | |
| 死亡した被爆者 | 氏 名 | 明治 大正 昭和 | 年 月 日生 男・女 |
| | 死亡の際の 居 住 地 | | |
| | 被爆者健康 手帳の番号 | | |
| | 死亡年月日 | 年 月 日 | |
| | 死亡した場所 | | |
| | 死亡した原因 | 別紙死亡診断書または死体検案書のとおり | |
| | 遺族の有無 | 有 (1.配偶者 2.子 3.父母 4.孫 5.祖父母 6.兄弟姉妹) 無・不明 | |

添付書類 この申請書には次の書類を添えてください。

1. 死亡診断書または死体検案書 (写し可)
2. 申請者が葬祭を行ったことがわかる書類 (主な例)
 - ①会葬御礼のはがき (申請者が喪主の場合)
 - ②葬儀屋からの領収証 (支払者及び誰の葬儀かを明記したもの・写し可)

| | |
|----------------|----------------|
| 希望 振込 口座 | (コード番号) |
| | 銀行 |
| | (コード番号) |
| | 支店 |
| | (普通預金) 口座番号 |

| |
|---------|
| 県 受 付 印 |
| |

| |
|--------|
| 保健所受付印 |
| |

必ず申請者 (遺族) 名義の口座を記入してください。