

後期高齢者医療葬祭費支給申請書 兼 申立書

稲城市長 殿

50,000 円

稲城市後期高齢者医療葬祭費支給事務要綱第4条に基づき、上記金額を申請します。

年 月 日

申請者 住所	〒		
氏名 <small>注：請求（領収）書宛名と同じ</small>	被保険者との続柄（被保険者の）子 ・ 配偶者		
電話	その他（ ）		

被保険者氏名	被保険者番号		
葬 祭 日 (火 葬 日)	年 月 日	葬祭を証する 添付書類	請求書・領収書・その他（ ）

本件に関する稲城市からの支払金を下記の口座へ振り込むことを依頼します。

	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店・支店	普通・当座
口座番号		フリガナ	口座名義人

以下の事項について御確認の上、口欄に✓を、（ ）内に被保険者氏名を記入してください。

<input type="checkbox"/> 故（ ）に係る葬祭の費用について、申請者である私が負担しましたことを、ここに申し立てます。
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療葬祭費の支給のことで、万が一問題が生じた場合は、私の責任で解決することを約束します。

受付受領印

市役所記入欄