



伺	起 案 年 月 日		年 月 日		
	下記のとおり決定してよろしいかお伺いします。				
決 定	課 長	主 幹	係 長	決 定 年 月 日	起 案 者
				年 月 日	⑩

様式第 17

※ この欄には記入しないでください。

整理番号		決 裁 処 理	1 支給する	円
資格確認	取得		2	(理由)
	喪失		支給しない	
摘 要				

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者証 記号・番号	伊	死亡した被保 険者氏名・生 年月日	男・女	世帯主 の 続 柄
		年 月 日	年 月 日生	
世帯主氏名	世帯主住所		京都府与謝郡伊根町字	
申 請 金 額	¥ 20,000 -			
死亡した年月日	年月日	年 月 日	場 所	
場所及び原因	原 因			
上記のとおり申請します。				
平成 年 月 日				
葬祭を行う(った)者				
住 所...京都府与謝郡伊根町字.....				
氏 名.....⑩				
伊根町長		様		