

葬 祭 費 請 求 書

金 額	¥	万	千	百	十	円
		5	0	0	0	0

ただし、保険給付金

		一 般	退 職	老 人
被 保 険 者 証 記 号 番 号		死 亡 者 氏 名		
死 亡 年 月 日	年 月 日	葬 祭 年 月 日	年 月 日	
葬 祭 を 行 う 者 の 続 柄 ・ 氏 名	続 柄	氏 名		
上記のとおり請求します。		確 認 者 印	照 合 者 印	
年 月 日				
住 所				
請求者				
氏 名		ⓐ		
日光市長 様		(電話)		
振 込 先 金 融 機 関	銀 行 名	銀 行		支 店
	口 座 番 号	普 ・ 当		
	フリガナ 名 義 人			

請求者と口座名義人が異なる場合記入

承 諾 書

金額受領は上記振込に承諾します。

住 所

請求者

氏 名

ⓐ

日光市長 様

※ 数字は算用数字(1. 2. 3. …)を使用して下さい。