第１号様式(第４条関係)

担 当	係 長	課 長

武蔵村山市後期高齢者医療葬祭費支給申請書

年　　月　　日

武蔵村山市長 殿

申請者（葬祭を行った者）

〒

住所

氏名

※申請者本人の署名でない場合は記名押印してください。

電話　　（　　）

死亡者との続柄

後期高齢者医療葬祭費について、次のとおり申請します。

死亡した被保険者	被保険者番号								
	フ リ ガ ナ								
	氏　　名								
	生 年 月 日	年　　月　　日							
	死亡年月日	年　　月　　日							
葬祭を行った日		年　　月　　日							
支給申請額		５０，０００円							

※葬祭を行ったことを証する書類（申請者名義の葬祭に要した費用の領収書、会葬礼状等）を添付してください。

受　付　印

処　　理	
受付	入力

（日本産業規格Ａ列4番）