

葬 祭 費 申 立 書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

葬祭日ではなく、死亡日をご記入ください。

亡くなられた被保険者名をご記入ください。

1 次の何れかに☑を入れた上で、必要事項を記入ください。

〔葬儀を行ったが、喪主の氏名を確認できるもの（会葬礼状等）を添付できない場合〕

☑ ○年 ○月 ○日 に死亡した 伊丹 花子 の

〔葬儀は行っていないが、故人を偲ぶ会など（火葬のみの場合を含む）を行った場合〕

□ 年 月 日 に死亡した の

葬儀は行っていないが、

を申し立てます。

（記入例1）お別れ会を開催し、私がおの主催者であることを申し立てます。

（記入例2）私が火葬式（直葬）を執り行ったことを申し立てます。

同意できない場合は、喪主の氏名を確認できるもの（会葬礼状等）を添付ください。

2 次の事項を確認及び同意した上で、下記に署名ください。

- ・ 葬祭費の支給に関して他の遺族等と争いが生じた場合は、私の責任においてそれを解決し、他に一切の迷惑をかけないことを確約します。
- ・ 私の他に喪主であると申し立てる者から情報開示請求があった場合は、兵庫県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第8条第1項に基づき、私の氏名及び住所が開示されることに同意します。なお、ドメスティック・バイオレンス（DV）、ストーカー行為等の被害により、私の氏名及び住所が開示されることを防止する必要が生じた際は、直ちに「住民基本台帳事務における支援措置決定通知書の写し」または「（裁判所発行の）保護命令決定書の写し」を兵庫県後期高齢者医療広域連合に提出する（支援措置等が延長された場合は、その証明も提出する）ことを確約します。

○年 ○月 ○日

申立人の住所・氏名をご記入ください。

申立人

伊丹市○○町○○番○○号

住 所

伊丹 太郎

氏 名

	申立人の本人確認書類	確認日付	担当者
市区町職員 記入欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> ()	年 月 日	