火 葬 料 補 助 金 交 付 申 請 書

令和　　年　　月　　日

死亡者（死産児の母）の住所	大磯町
死亡者（死産児の母）の氏名・生年月日・性別	氏　名 年　　月　　日　男・女
死亡（死産）の年月日	令和　　年　　月　　日
死亡（死産）の場所	
火葬の場所	火葬場
火葬の年月日	令和　　年　　月　　日
申請者の氏名及び死亡者（死産児の母）との続柄	〒 住所 電話
	氏名　　㊞　　続柄
①火葬料金	円
②国・地方公共団体からの給付相当額	円
③火葬料補助金 ①－②	(①－②が大磯町火葬料補助金交付規則第３条第２号に規定する上限額を超えるときは当該上限額) 円

◎火葬料支出証明書（原本）を添付してください。

大磯町長　殿

※決裁欄

課　長	副課長兼係長	担　当