**火葬及び分骨証明書交付申請書**

年　　　月　　　日

福　山　市　長　様

申請者 住所

名前

死亡者との続柄

電話番号（　　　　　）　　　－

次のとおり事実と相違ありませんので、証明してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 死亡者  又は  死産児  の父母 | 本　　籍 |  | |
| 死亡当時  の住所 |  | |
| 名　　前 |  | 性別  男　　　女 |
| 死亡者の生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | 妊娠週数  満　　　週 |
| 死　亡  分べん | 年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 場　所 |  | |
| 火　葬　の　場　所 | |  | |
| 火　葬　年　月　日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 分骨理由 | |  | |