**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 |  |