

支給金額	¥	3	0	0	0	0	—
------	---	---	---	---	---	---	---

死 亡 者 の 氏 名	
死亡者の生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
死 亡 年 月 日	年 月 日
葬 祭 日	年 月 日
死 亡 の 原 因	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
そ の 他	
葬 祭 執 行 者	☐ 申請者と同じ ※申請者と異なる場合は住所氏名等必ず記入。
住 所	
氏 名	
電 話 番 号	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記入してください。

[illegible]

上記のとおり、関係書類を添えて葬祭費の支給を申請します。

年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の住所・氏名等

(〒 ー)

住所

氏名 死亡者と
の関係

電話番号
