

Application for Funeral Aid
豊田市国民健康保険葬祭費支給申請書

英語版

豊田市長 様

Funeral Aid amount: 葬祭費 50,000 円の支給を申請します。

※Please fill in **within thick-frame field**. 太枠内を記入してください。

申請年月日 Application Date Year/Month/Day 令和 年 月 日	
死亡者の被保険者記号・番号 Insurance Number of the Deceased	死亡者の氏名 Name of the Deceased
交通事故等の第三者行為 Injury resulting from the actions of a third party Yes有・No無	
死亡年月日 Date of decease (year/month/day) 年 月 日	葬祭年月日 Date of funeral (year/month/day) 年 月 日
葬祭を行なった者の氏名 <1> Name of the person who handled the funeral	葬祭を行なった者の住所 Address Postal Code ー
死亡者との続柄 Relationship with the deceased	TEL () ー

Bank account information 振込口座	Bank Name 金融機関名	Bank 銀行 Shinkin bank 信金 JA bank 農協	Head office 本店 Branch 支店 Sub branch 出張所	店番号 Branch no.*
	Account Type 預金種別	Account Number 口座番号・番号	Account Holder's Name in Katakana フリガナ	
	Regular 普通		Account Holder's Name 名義人	
	Commercial 当座			
	<input type="checkbox"/> I wish to receive the benefit in the bank account associated with the Individual Number system. 申請者の公金受取口座を利用			Individual Number 個人番号

*In case of a Japan Post Bank account, please fill in the first 5 digits of the account in this field and fill the remaining 6 to 8 digits in the Account Number field. 口座がゆうちょ銀行の場合は、店番号欄には記号を、口座番号欄には番号を記入してください。
※If the bank account is not of the person indicated in <1>, it is necessary to fill the authorization below:
振込口座名義人が <1> の方と異なる場合は、下記の受領委任状を記入してください。

Power of Attorney 受 領 委 任 状

I hereby delegate my right to receive Funeral Expense Allowance to below person. 葬祭費の受領に関する権利を下記のとおり委任します。

記

Authorized person	Address 住所
	Name 氏名
(葬祭を行なった者 <1>) Person who handled the funeral	
Delegator 委任者	Name 氏名

Personal Seal is not required when Full Name is self signed. (印) 自署の場合は押印不要

※If the person who handled the funeral's current address is different from the deceased person, the funeral payment receipt or a copy of the Funeral Appreciation Letter (Kaiso Keijo) will be required. 葬祭を行った者 <1> と死亡者の住所が異なる場合は、会葬礼状や葬祭領収書など葬祭を行った者の氏名がわかる書類1点のコピーを添付してください。

処理欄				
(窓口に来た人)	(続柄)	滞納	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 充当する <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 充当しない	受付者
本人確認 1点: 免・個・在・身・他 ()		<input type="checkbox"/> 社保離脱から3か月経過しているか <input type="checkbox"/> 住所が異なる場合添付書類はあるか		
2点: 他 ()				