

支給決定伺	支給決定金額	事務局長	課長	主幹・係長	課員	係
	¥	円				
	自	年 月 日				
	至	年 月 日				
		日				

**埋葬料請求書**  
**家族埋葬料**

組合員証 記号番号	-	組合員 氏名		所属 機関名	
死亡者 氏名		生年月日 性別続柄		年 月 日	性別 男女 続柄
死亡 年月日	年 月 日	死亡の 場所			
埋火葬 年月日	年 月 日	死亡の 原因			
介護保険法によ る給付を受けて いたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称		
<p>上記のとおり埋葬料（家族埋葬料）を請求します。</p> <p>佐賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 氏名 組合員との関係</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>					

- この請求書を提出するときは、市町村長の埋葬許可証又は火葬許可証を添えてください。
- 被扶養者であった者以外の方が埋葬料を請求する場合には、1のほか、埋葬に要した費用の額に関する領収書及び明細書等を添えてください。
- 介護保険法による給付を受けていた者が死亡したときは、同法の規定による被保険者証に記載された保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。

異動処理