

葬 祭 費 支 給 請 求 書				
死 亡 し た 者	氏 名		生 年 月 日	明治 大正 年 月 日生 昭和
	戦傷病者手帳 第 号			
	死亡年月日			
	死亡した場所			
	死亡した原因			
		最 寄 の 郵便局名		
<p style="text-align: center;">戦傷病者特別援護法第19条の規定による葬祭費の支給を受けたく、 関係書類を添えて請求します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">現 住 所</p> <p style="text-align: center;">死亡した者 との続柄</p> <p style="text-align: center;">個 人 番 号</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">⑩</span></p> <p style="text-align: center;">都道府県知事 殿</p>				

注意 請求者の氏名を自署により記載する場合は、押印は必要ありません。

備考 この用紙は、A列4番とすること。