

「おくやみに関する窓口」をご利用
こちらは、おくやみに関する手続きの
事前に提出いただきますとお待ちいただく時間が短縮になります。
お電話でも受付しています。手続きされる庁舎へご連絡ください。
静内庁舎：0146-49-0290 三石庁舎：0146-33-2112

記入例（表面）

おくやみに関する窓口お客様シート

（宛先）新ひだか町長

下記届出事項については事実と相違なく、私の届出した事項につき一切の責任を負うことを同意します。
また、役場内の手続きのため、以下の情報を閲覧することに同意します。

届出人ご署名 **山田 花菜子**

| | | | |
|---------------|-------------------------------------|----------------|--------------------------|
| 届出日 | 令和 3 年 9 月 1 日 | 来庁予定場所 | 静内庁舎 ・ 三石庁舎 |
| 来庁予定日時 （※） | 令和 3 年 9 月 6 日 | 午前 ・ 午後 | 10 時 30 分頃 |

※来庁予定日時は、届出日以降で役場が休みの日を除いた3日目以降の日をご記入ください。
例：届出日が令和3年9月1日（水）の場合、来庁予定日は令和3年9月6日（月）以降となります。
おくやみに関する窓口の受付時間は平日の午前9時00分から午後4時00分までです。

① 亡くなった方の情報

| | | | |
|--------|---|----------------------------------|-------------|
| フリガナ | ヤマダ イチロウ | | |
| 氏名 | 山田 一朗 | | |
| 生年月日 | M・T・ ③ ・H・R | 9 年 9 月 6 日 | |
| 性別 | ① ・ 女 | | |
| 住所 | 〒 056-0016 新ひだか町静内本町1丁目1-1 | | |
| 亡くなった日 | 令和 3 年 9 月 1 日 | 満年齢 | 86 歳 |
| 配偶者の有無 | ① ・ 無 | | |
| 葬儀の日 | 令和 3 年 9 月 3 日 | | |

（裏面もご記入ください。）

② 窓口に来られた方

記入例(裏面)

| | | | |
|--------------|-----------------------------------|-----|--------|
| フリガナ | ヤマダ ハナコ | | |
| 氏名 | 山田 花菜子 | | |
| 生年月日 | M・T・ S ・H・R | 13 | 年10月6日 |
| 亡くなった方から見た続柄 | 夫・ 妻 ・子・父・母・孫・祖父・祖母・その他() | | |
| 電話番号 | 030-1234-5678 | メール | |
| | | FAX | |

住所：①亡くなった方の情報と同じ ※異なる場合は以下にご記入ください。

| | |
|----|---|
| 住所 | 〒 |
|----|---|

③ 相続人代表の方

②窓口に来られた方と同じ ※異なる場合は以下にご記入ください。

| | | | |
|--------------|--------------------------|-----|-----|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | M・T・S・H・R | 年 | 月 日 |
| 亡くなった方から見た続柄 | 夫・妻・子・父・母・孫・祖父・祖母・その他() | | |
| 電話番号 | | メール | |
| | | FAX | |
| 住所 | 〒 | | |

④ 喪主又は施主の方（葬祭費の申請者）

（亡くなった方が国民健康保険又は後期高齢者医療保険に加入していた場合）

②窓口に来られた方と同じ

③相続人代表の方と同じ

※異なる場合は以下にご記入ください。

| | | | |
|--------------|--------------------------|-----|-----|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | M・T・S・H・R | 年 | 月 日 |
| 亡くなった方から見た続柄 | 夫・妻・子・父・母・孫・祖父・祖母・その他() | | |
| 電話番号 | | メール | |
| | | FAX | |
| 住所 | 〒 | | |