

# 火葬（分骨）証明申請書

四市複合事務組合 馬込斎場長 あて

死亡者（死胎の場合は父母）	本籍			
	住所			
	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不詳
	出生年月日	年 月 日		
	妊娠月数又は週数	月 又は 週	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不詳
死亡年月日時 (分べん年月日時)	年 月 日 時 分			
死亡場所 (分べん場所)				

火葬日時	年 月 日 時 分
------	-----------

分骨のため、火葬分骨証明書の交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

印

死亡者との続柄

連絡先電話番号