

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
<input type="checkbox"/> 火葬許可書の再交付 <input type="checkbox"/> その他 のため、火葬証明書の交付を申請します。	
年 月 日	
申請者	住所
	氏名 ⑩
	死亡者との続柄
	連絡先電話番号