

火葬証明交付申請書

年 月 日

船井郡衛生管理組合 管理者 様

申請者 住 所

氏 名

死亡者との続柄 ()

下記の死亡者について、船井郡衛生管理組合火葬場において火葬したことを証明願います。

記

死 亡 者	本 籍	
	住 所	
	氏名・性別	男性・女性
	死亡年月日	年 月 日
	火葬年月日	年 月 日
申請の理由		