改　葬　許　可　申　請　書

薩摩川内市長　様

令和　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者の氏名 | 　 | 死亡者との続柄 | **裏　面** |
| 申請者の住所 | 　 |
| 死亡者の氏名 | **裏面のとおり** | 性別 | **裏　面** |
| 死亡者の住所 | **同　　上** |
| 死亡者の本籍 | **同　　上** |
| 死亡年月日 | **同　　上** |
| 埋葬の場所 | 所在地 | 　鹿児島県薩摩川内市 |
| 名称 | 　 |
| 埋葬の年月日 | 　**裏面のとおり** |
| 改葬の場所 | 所在地 | 　 |
| 名称 | 　 |
| 改葬の理由 | 　 |
| 　上記は、当施設にあることを証明します。　令和　　　年　　　月　　　日施設管理者　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※改葬骨（再火葬）の希望　　有　・　無

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 死亡者の氏名 | 性　別 | 死亡者の住所 | 死亡者の本籍 | 死亡年月日 | 埋葬の場所 | 埋葬年月日 | 続柄 |
| 　 | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
|  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
|  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
|  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
|  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
|  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
|  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
|  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
|  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
|  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
|  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |