

様式第 1 号（第 9 条関係）

令和 年 月 日

薩摩川内市長 様

申請者 住 所
氏 名

㊟

火葬料差額助成金交付申請書

薩摩川内市以外の葬斎場で、下記のとおり火葬を行いましたので、薩摩川内市火葬料差額助成金交付要綱第 9 条の規定により、関係書類を添えて、助成金の交付を申請します。

記

火 葬 年 月 日	令和 年 月 日 ()
火葬を行った市外の施設名及び所在地	(施設名) (所在地)
死亡者の住所・氏名 (死産児の場合は父母の住所・氏名)	(住所) 薩摩川内市 (氏名)
市外で火葬を行わなければならなかった理由	
市外火葬料 (A)	円
市内火葬料 (B)	円
差額助成 (助成申請額) (A) - (B)	円

※ 1 市外地の葬斎場において火葬を行ったこと及び市外火葬料を支払ったことを証する書面を添付すること。

2 助成額は、15,000円が限度となります。