

この受付票を記入して市役所にお越しいただきましたら、裏面で御案内している福祉分野の各窓口でのみご提示ください。

複数窓口を訪ねるときは、混雑していない窓口から手続きをお済ませください。

※受付票に記入した情報は、裏面で御案内している福祉分野の各窓口で共有されます。

受付票

1 亡くなられた方

フリガナ 氏名			
住所	(郵便番号 -) <input type="checkbox"/> 愛知県岡崎市		
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 西暦 (いずれかに○)	年	月 日
亡くなられた日	令和 西暦	年	月 日
亡くなられた方の世帯主氏名	世帯主本人が亡くなられた場合、新世帯主氏名		

2 届出人 (市役所・支所に来られる方)

フリガナ 氏名			
住所	<input type="checkbox"/> 亡くなられた方と同じ <input type="checkbox"/> 別の住所 (県外の方は都道府県からご記入ください) (郵便番号 -) 都・道・府・県 市		
亡くなられた方から見た続柄 (いずれかに○)	夫・妻・子・その他 ()	日中つながる連絡先	自宅携帯

市役所記入欄 (こちらは記入不要です。)

受付日	宛名番号	備考欄
受付課	医 国 長 介 障 子 支 ()	
本人確認	免 個 在留 障 療 パ 保険証 () 年金 預 他 ()	
支所処理欄	返却 (後 国 介 印) 葬 (後 国) 児	
	証添付 (有 無)	