

おくやみ窓口 受付票

令和 年 月 日

1 亡くなられた方はどなたですか？			
住 所	津山市		
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
氏 名			
死 亡 日	令和 年 月 日	年 齢	歳

2 窓口に来られた方はどなたですか？			
住 所	〒		
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
氏 名			
電 話 番 号		亡くなられた方との続柄	配偶者・子・孫・父・母・兄・弟・姉・妹・その他（ ）

3 喪主はどなたですか？ (該当するものの口にチェックしてください。)			
<input type="checkbox"/> 窓口に来られた方と同じ			
<input type="checkbox"/> 窓口に来られた方と違う 違う場合は、右に記入してください	住 所	〒	
	フリガナ		生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	氏 名		
	亡くなられた方との続柄	配偶者・子・孫・父・母・兄・弟・姉・妹・その他 ()	

4 亡くなられた方に該当するものの口にチェックしてください。		
住民登録	世帯主でしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
年 金	配偶者はいらっしゃいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
	生計同一の三親等以内の親族はいらっしゃいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
保 険 介 護	国民健康保険被保険者証をお持ちでしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
	後期高齢者医療証をお持ちでしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
	介護保険被保険者証をお持ちでしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
障 害	身体障害者手帳をお持ちでしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
	療育手帳をお持ちでしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
	精神障害者保健福祉手帳をお持ちでしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
	障害者医療証をお持ちでしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
	自立支援医療受給者証をお持ちでしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
こ ども	20歳未満のお子さんはいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
市 税 等	市・県民税が課税されていましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
	原動機付自転車・小型特殊自動車を所有していましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
	土地・家屋を所有していましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
	農地を所有していましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
	森林を所有していましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明