

焼骨埋葬等証明申請書

年　月　日

横浜市健康福祉局長

申請者

住所

ふりがな
氏名

次の焼骨について、当該施設を 使　用　中 であることの証明を申請します。
使用する予定

| | |
|----------|-------------------------|
| 施　設　名 | 横浜市　日野こもれび納骨堂 |
| 使　用　施　設 | |
| 使　用　場　所 | |
| 許可番号・許可日 | S　　一　　・　　年　月　日 |
| 許　可　期　間 | 30年間・60年間　　年　月　日～　年　月　日 |

| | |
|---------|--|
| 使用者の氏名 | |
| 申請者との続柄 | |

| | |
|-------------|--|
| 死　亡　者　の　氏　名 | |
| 死　亡　者　の　住　所 | |
| 死　亡　者　の　本　籍 | |
| 死亡者生年月日・性別 | |
| 死　亡　年　月　日 | |
| 死　亡　場　所 | |
| 埋葬等の年月日 | |
| 申請者との続柄 | |