

# 火葬証明願

令和 年 月 日

(宛先) 指定管理者

岡崎メモリアルパートナーズ株式会社

申請者 住所

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、火葬の事実を証明してください。

死亡者	本籍			
	住所			
	氏名		性別	
	生年月日			
	死因	一類感染症等	その他	
	死亡年月日時			
	死亡場所			
	火葬年月日時	令和 年 月 日	午前	時 分
	午後			
申請理由				
備考				