

# 火葬証明願

平成 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 \_\_\_\_\_ ⑩

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	母の本籍				
	母の住所				
	父母の氏名	(父)	(母)		
	妊娠週数				
	分べん年月日時				
	分べんの場所				
	火葬年月日時	平成	年	月 日	午前 午後
申請理由					
備 考					