

柏原市役所 市民課 宛

FAX番号 072-970-2113

予約希望手続き	おくやみコーナーの利用		
*希望日時 ※来庁時間は、担当者より改めてご連絡いたします。	第1希望	令和 年 月 日	時間枠番号
	第2希望	令和 年 月 日	時間枠番号
	第3希望	令和 年 月 日	時間枠番号
*亡くなられた方	住 所	〒 柏原市	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	死亡日	令和 年 月 日	
*申請者	住 所	〒	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	亡くなられた方とのご関係	配偶者・子・孫・父母・兄弟姉妹・甥姪 その他（ ）	
	FAX番号		
喪主(葬祭費を申請する方) ※亡くなった方が国民健康保険又は後期高齢医療保険に加入していた場合はご記入ください。	住 所	〒 ※申請者と同じ場合は同上にご記入ください。	
	氏 名	※申請者と同じ場合は同上にご記入ください。	
	生年月日	年 月 日	
	亡くなられた方とのご関係	配偶者・子・孫・父母・兄弟姉妹・甥姪 その他（ ）	

「*」印の欄は必ずご記入ください。