

特別弔慰金請求書等郵送依頼書

令和 年 月 日

新城市 福祉課宛

第12回特別弔慰金の請求にあたり窓口での手続きが困難なため、請求書類の郵送費を自己負担し郵送を希望します。

請求者（新城市にお住まいの方に限ります）	
氏 名	現 住 所
（ふりがな）	〒 ー
	新城市
電話番号	生年月日
	大正・昭和 年 月 日
戦没者との関係	
戦没者の（ 配偶者 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 ・ 甥姪 ・ その他 ）	
戦没者（戦没日等が不明の場合はチェックしてください）	
氏 名	生年月日 （ ☐ 生年月日は不明 ）
（ふりがな）	明治・大正・昭和 年 月 日
	戦没日 （ ☐ 戦没日は不明 ）
	昭和 年 月 日
先回の請求者（請求者と異なる場合は記入してください）	
氏 名	（先回の請求者が不明の場合はチェックしてください）
	☐ 先回の請求者は不明 （ ☐ 今回の請求者と異なるかどうか不明）
戦没者との関係	
戦没者の（ 配偶者 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 ・ 甥姪 ・ その他 ）	
請求者の代理人（郵送先が請求者の住所と異なる場合は記入してください）	
氏 名	電話番号
住 所	
〒 ー	
請求者との関係	
請求者の（ 配偶者 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 ・ 甥姪 ・ 介護ヘルパー等 ）	
郵送費	本人確認書類（請求者・代理人いずれかの方のものを添付してください）
110円分の郵便切手	（ 申請者 ・ 代理人 ）の 身分証明書（マイナンバーカード、免許証、保険証等）のコピー