

分 骨 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

次の施設使用中の焼骨について、分骨であることの証明を申請します。

施 設 名	横浜市 メモリアルグリーン
使 用 施 設	
使 用 場 所	

使用者の氏名	
--------	--

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	
埋葬等の年月日	
申請者との続柄	
移動後埋蔵場所	