

※予約の際に下記の内容についてお聞きしますので、ご予約の前にご記入いただきますようお願いいたします。

申 込 月 日	令和 年 月 日
---------	----------

### おくやみ窓口予約申込書（控）

天童市長 宛

受付番号

次のとおり、関係各課等へ情報提供することに同意し、申し込みます。

予 約 日 時	令和 年 月 日 ( )
	午前・午後 時 分から

#### 1 亡くなられた方の情報

フリガナ		生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和
氏 名			年 月 日
性 別	男 ・ 女	配 偶 者 の 有 無	有 ・ 無
住 所	天童市		
死 亡 年 月 日	年 月 日	葬 儀 の 年 月 日	年 月 日

下記について該当するものに☑をつけてください。

原付自動車・小型特殊自動車の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（名義変更・廃止） <input type="checkbox"/> 不明	農 地 の 有 無 （ 農 業 者 年 金 の 有 無 ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
障がい者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 手帳あり ( <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神) <input type="checkbox"/> 不明	森 林 や 山 林 の 有 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
18歳未満の人の扶養の有無	<input type="checkbox"/> 扶養なし <input type="checkbox"/> 扶養あり <input type="checkbox"/> 18歳未満の人はいるが、扶養しているかは不明	固 定 資 産 の 有 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

#### 2 おくやみ窓口の来所予定者

フリガナ		生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和
氏 名			年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 亡くなられた方と同じ ( <input type="checkbox"/> 同じ世帯 <input type="checkbox"/> 別の世帯) 〒 ー ー	本 籍	天童市内・天童市外
日中連絡のとれる電話番号	携帯電話： ー ー 固定電話： ー ー	連絡のとれる時間帯	特になし・( )時～( )時
故人との関係	夫・妻・子・子の配偶者・父・母・孫・祖父・祖母・その他 ( )		

下記について該当するものに☑をつけてください。

相続人が否か	<input type="checkbox"/> 相続人代表 <input type="checkbox"/> 相続人だが代表者ではない <input type="checkbox"/> 相続人ではない (委任状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	喪主か否か	<input type="checkbox"/> 喪主 <input type="checkbox"/> 喪主ではない
--------	--	-------	--