機構受付印　　　　　保健所等受付印

手続様式第15号（施行規則第16条関係）

石綿による健康被害の救済に関する法律

葬祭料請求書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請・請求書番号 |  | ①手帳番号 |       |
| フリガナ |       | [ ] ・[ ]  | ③請求者の　生年月日 | 元号選択 | 　　  年　  月　  日 |
| ②請求者氏名 |       |
| フリガナ |       |
| ④請求者の　住所 | 〒      |
|  　　　　　　TEL       |
| ⑤被認定者との身分関係 | 　　[ ] ．配偶者　　　　　[ ] ．事実婚者　　　 [ ] ．子　　　　　　　　[ ] ．父母　　　[ ] ．孫　　　　　　　　[ ] ．祖父母　　　　　[ ] ．兄弟姉妹　　　　[ ] ．その他（  ） |
| フリガナ |       | [ ] ・[ ]  | ⑦被認定者の生年月日 | 元号選択 | 　　　  年　  月　  日 |
| ⑥被認定者　氏名 |       |
| フリガナ |       |
| ⑧被認定者が死亡の当時有していた住所 | 〒      |
|  　　　　　　TEL       |
| ⑨認定疾病名 | 　　[ ] ．中皮腫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] ．肺がん　　[ ] ．著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺　　　　　　[ ] ．著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 |
| ⑩被認定者の死亡年月日 | 　　元号選択　  　年　  　月　  　日 |
| ⑪葬祭を行う又は行った年月日 | 　　元号選択　  　年　  　月　  　日 |

　上記のとおり、石綿による健康被害の救済に関する法律第１９条第１項の規定による葬祭料の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和　  　年　  　月　  　日 | 請求者氏名 |      　　　 |

独立行政法人環境再生保全機構　理事長　殿

　振込みを希望する金融機関（銀行等又はゆうちょ銀行のいずれかに記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行等 | ゆうちょ銀行 |
| 振込先金融機関名 |      　金融機関選択　　　     　支店 | 通帳記号 | １ |    |    |    | ０ | の |
| 口座番号 | [ ] 普通 | 口座番号　      | 通帳番号 |       |
| [ ] 当座 |
| フリガナ |       | フリガナ |       |
| 口座名義 |       | 口座名義 |       |

**（注）太枠内を記入してください。**

（注）預貯金口座の口座名義については、請求者本人の名義の口座に限り振込が可能となります。

（注）貯蓄預金は取り扱っていません。