

第12回戦没者等の遺族に対する特別弔慰金請求書式の

郵送を希望します。

令和 年 月 日

■以下の項目をご記入ください。

項目	記入欄
第 12 回請求者の氏名	
弔慰金の対象となる 戦没者の氏名	
郵送先の氏名	☐ 請求者と同じ ☐ 請求者と異なる場合 【 】
郵送先の住所	〒
電話番号 (日中連絡のつくもの)	

■請求書一式の郵送料として、切手（140 円）を同封ください。

<事務局>

豊中市福祉部地域共生課

〒561-8501 大阪府豊中市中桜塚 3-1-1

Tel 06-6858-2219 Fax 06-6854-4344

E-mail chiikifuk@city.toyonaka.osaka.jp