附件：

灵宝市免除基本殡葬服务费申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 逝 者  姓 名 |  | 性 别 |  | 终 年 | 岁 |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 身份证住址 |  | | | | |
| 申请人  姓 名 |  | 与逝者  关系 |  | 联系电话 |  |
| 以上信息准确无误，保证执行殡葬有关法律法规政策，否则自愿承担免除费用。  申请人： | | | | | |
| 经办机构  审核意见 | 经办人：  年 月 日 | | | | |

备注：本表一式二份，市殡葬管理中心及财政部门各存一份。