

故人の氏名： _____

検視案件番号： _____



サンマテオ郡検視局

Robert J. Foucrault 検視官

225 37th Avenue, 3rd Floor, Suite A31

San Mateo, CA 94403

電話： (650) 312-5562 FAX： (650) 571-6258

困窮者向け火葬申請に関するご案内

以下は、サンマテオ郡検視局宛に、引き取り手のいないご遺体の取り扱いについて申請する際の手続きに関するご案内です。カリフォルニア州安全衛生法（Health and Safety Code）第 7104 条に基づき、引き取り手のいないご遺体（妊娠 20 週以上の胎児を含む）の管理をサンマテオ郡検視局に要請する場合、申請手続きを行ってください。

本書類一式の内容：

- 困窮者向け火葬申請カバーレター
- 故人および近親者情報申告書
- 近親者財政能力証明書

申請に関する基本説明：

一般事項：故人が困窮状態にある、またはご遺体の引き取り手がいないことを理由として、検視局にご遺体の管理を要請する前に、あなたは一定の法的要件を満たす必要があります。本書類一式に含まれる説明および各種申請書は、これらの要件を満たし、申請が適切かつ遅滞なく処理されることを目的としています。各種申請書に抜け漏れなく記入し、本書類一式に記載された指示に従っていただくことで、申請がすみやかに処理されます。

権利放棄：申請書に署名し、検視官にご遺体の管理を要請することにより、あなたは故人の遺骨の所有に関するすべての権利を放棄するものとします。また、遺骨は、近親者が参拝できる場所には安置されません。

困窮者向け火葬申請カバーレター：このカバーレターは、困窮者または引き取り手のいないご遺体の受け取りを検視局に要請する際の送付状です。カバーレターは必ず記入し、検視局に提出する申請 1 件ごとに、他のすべての申請書および書類に添付する必要があります。

故人および近親者情報申告書：この申告書には、故人の基本情報と、既知のすべての近親者を記入し、ご遺体の取り扱いについて責任を負う近親者を見つけるために行った調査内容を記録してください。カリフォルニア州安全衛生法第 7104 条に基づく要件を満たすには、近親者について懸命に調査する必要があります。近親者が見つかった場合は、同州法第 7100 条に基づき、故人の取り扱いを決定する権利を有するだけでなく、その費用を負担する義務および法的責任を負うことを通知しなければなりません。この

故人の氏名： _____

検視案件番号： _____

懸命な調査の目的は、本来負うべき法的責任を引き受ける近親者を見つけ出すことです。当該近親者が見つかった場合、検視局が関与する必要はありません。

近親者を見つけるために行った調査内容については、この報告書に明確かつ具体的に記録する必要があります。以下に例を示します。

2014年5月23日午前9時23分- 故人の大家である John Smith 氏（電話：123-456-7890）に電話をかけた。Smith 氏によると、故人は9年間独り暮らしであり、家族や友人について話しているのを聞いたことがないとのことだった。

2014年5月23日午前9時23分- 故人の大家である John Smith 氏（電話：123-456-7890）に連絡した。Smith 氏によると、故人には Michael という兄弟がおり、彼は州外に住んでおり、連絡可能であるとのことだった（連絡先：123-456-7890）。

2014年5月23日午前9時38分- 故人の兄弟である Michael Jones 氏に連絡したところ、彼は、自分が故人の唯一の存命親族であることを認めた。また、Jones 氏は故人のご遺体の最終的な取り扱いにかかる費用を支払うことができないと述べた。

カリフォルニア州安全衛生法第 7103 条では、埋葬義務を負う者がその義務を履行しないことは犯罪であると規定されています。また、埋葬義務を履行しなかった者は、その義務を代わりに履行した者に対し、埋葬に要した**費用の3倍**を支払う**法的責任**があるとも規定されています。

あなたが近親者について懸命に調査している間に、ご遺体の保管が困難な場合は、調査完了までの保管場所として、安置所の手配が必要になることがあります。ご遺体を安置所で保管する場合、その費用は、ご遺体を預かっている施設が負担しなければならず、故人の信託口座やその他の資産から支払うことはできません。

近親者についての懸命な調査が完了した場合：

カリフォルニア州安全衛生法第 7104 条 (a) では、次のように規定されています。「故人が埋葬のための準備を行っていない場合、または、遺産では埋葬費用をまかなうことができず、カリフォルニア州内に居住する他のいかなる者にも埋葬義務が帰属しない、もしくは合理的な調査を行ったにもかかわらず、カリフォルニア州内に居住する埋葬義務を負う者を見つけることができない場合、遺体の管理者は、故人が死亡時に居住していた郡の検視官に対し、故人の遺体の受け取りを要請することができます。また、検視官は困窮者の埋葬方法に従って遺体を埋葬しなければならない」

したがって、困窮者がサンマテオ郡の居住者であり、あなたが懸命に調査を行ったにもかかわらず、カリフォルニア州内に居住する法的近親者が見つからない場合は、安全衛生法第 7104 条 (a) に基づき、検視局にご遺体の受け取りを要請することができます。

重要な点として、カリフォルニア州内に居住する法的近親者が見つかった場合、（ご遺体の取り扱いにかかる費用の支払い能力の有無に関係なく）サンマテオ郡検視局にご遺体を受け取ることは**法律で義務付けられていません**。また、故人が他の郡の居住者である場合、引き取り手のないご遺体の受け取りをサンマテオ郡検視局に要請することは**法律で認めら**

故人の氏名： _____

検視案件番号： _____

れていません。故人が他の郡の居住者である場合、安全衛生法第 7104 条に基づき、ご遺体の受け取り要請は、故人が死亡時に居住していた郡の検視官に連絡する必要があります。

近親者財政能力証明書：この証明書は、サンマテオ郡の困窮者である故人の近親者が見つかったものの、(1) その者がカリフォルニア州外に居住しており、(2) ご遺体の取り扱いにかかる費用を支払う経済的余裕がないと主張する場合に限り、必要になります。これに該当する場合は、近親者に対して「近親者財政能力証明書」に記入するよう指示してください。近親者に、ご遺体の取り扱いにかかる費用を支払う経済的余裕がない場合、それを証明できる際には、法律によって当該法的責任が免除されることがあります。

別のケースとして、サンマテオ郡の困窮者である故人の法的近親者がカリフォルニア州内に居住しており、ご遺体の取り扱いにかかる費用を支払う経済的余裕がない場合、「近親者財政能力証明書」を提出することにより、困窮者向け火葬を要請できます。当局は申請内容の審査後、近親者が困窮者向け火葬の対象になるかどうかを判断します。対象と認められた場合には、その旨を通知するとともに、火葬にかかる費用をお伝えします。遺骨の発送を希望される場合は、追加料金が発生します。**必要な費用については、火葬の実施前にすべてお支払いいただく必要があります。**なお、このような状況において、サンマテオ郡検視官はご遺体を受け取る**義務を負っておらず**、法的近親者によって**必要な費用がすべて支払われた後に限り**、ご遺体を受け取ります。

申請手続き：

サンマテオ郡検視官に、引き取り手のいないご遺体の受け取りを要請する場合、ご遺体を預かっている施設または一時保管している安置所からご遺体が搬送される前に、以下の手続きを完了する必要があります。

- 1) 「**困窮者向け火葬申請カバーレター**」の原本に記入した上で、検視官に提出するその他すべての書類に添付してください。
- 2) 「**故人および近親者情報申告書**」の原本に、懸命な調査の責任を負う者が抜け漏れなく記入および署名してください。
- 3) 「**近親者財政能力証明書**」の原本に、各近親者が抜け漏れなく記入および署名してください（該当する場合）。
- 4) 検視官にご遺体の搬送を要請する場合、死亡を確認した医師の氏名および勤務先の連絡先情報を提出してください。
- 5) 検視官に搬送の要請を行った後、必要書類一式を検視官宛に FAX または配達してください。内容の審査後に申請が承認された場合は、搬送日をお知らせします。承認されなかった場合は、却下の理由をお知らせします。

死亡証明書または埋葬許可証の記入に関してご質問がある場合は、サンマテオ郡各種証明書取り扱い窓口（Vital Records Office）、電話：（650）573-2395）にお問い合わせください。

故人の氏名： _____

検視案件番号： _____

困窮者向け火葬申請カバーレター

宛先：
San Mateo County Coroner's Office
225 37th Avenue
3rd Floor, Suite A31
San Mateo, CA 94403
電話： (650) 312-5562/FAX： (650) 571-6258

差出人： _____

電話番号： _____

カリフォルニア州安全衛生法（Health and Safety Code）第 7104 条に基づき、サンマテオ郡検視官に対し、以下に記す故人のご遺体の搬送を要請します。

故人の氏名： _____

ご遺体の保管場所： _____

死亡年月日： _____ 死亡時刻： _____

本カバーレターには、以下の申請書または書類を添付しています。
すべての該当項目にチェック

- 「故人および近親者情報申告書」の原本（必須）
- サンマテオ郡公的遺産管理局（Public Administrator's Office）から届いた却下通知書（必須）
- 既知の各近親者が抜け漏れなく記入し、署名した「近親者財政能力証明書」の原本すべて（該当する場合）
- 医師の証明を受け、保健局に提出された記入済みの死亡証明書（Death Certificate）、および当初記録されたご遺体の取り扱い許可証（Permit for Disposition）の写し（1、2、3 枚目）（必須）

私は、故人の近親者を見つけるために懸命な調査を行い、見つかった場合は、当該近親者に対し、ご遺体の適切な取り扱いに関する法的責任について通知したことを証明します。私は、カリフォルニア州法に基づき、偽証罪の適用対象であることを理解した上で、上記の内容が真実かつ正確であることを宣言します。

署名場所： _____、署名日： _____

氏名および役職

署名

検視局記入欄

審査した副検視官

日付

承認した検視官

日付

故人の氏名： _____

検視案件番号： _____

故人および近親者情報申告書

本申告書は、カリフォルニア州安全衛生法（Health and Safety Code）第 7104 条の遵守について責任を負う者が記入することを想定しています。

故人の基本情報 ※不明な項目には「不明」と記入してください。

戸籍上の氏名（姓、名、ミドルネーム）： _____

通称名： _____ 故人の人種： _____

生年月日： _____ 出生州/米国以外の出生国： _____

死亡年月日： _____ 死亡時刻： _____ 施設入居日： _____

死亡場所： _____

死亡確認医師： _____ 電話番号： _____

死因： _____

死亡時の住所： _____ 郡内での居住年数： _____

故人の以前の居住地はサンマテオ郡外でしたか？ はい/いいえ/不明

「はい」の場合、どの郡ですか？ _____ その郡に問い合わせを行いましたか？
はい/いいえ

問い合わせ結果： _____

婚姻状況： 独身/既婚/死別/離婚/不明/その他： _____

故人は退役軍人でしたか？ はい/いいえ/不明

「はい」の場合、亡くなった場所は退役軍人施設（病院または介護施設）ですか？
はい/いいえ

職業： _____ その職業の従事年数： _____

業種・業界： _____ （最終学歴/学位）： _____

父の氏名（姓、名、ミドルネーム）： _____

母の旧姓時の氏名（旧姓、名、ミドルネーム）： _____

父の出生州/米国以外の出生国： _____

母の出生州/米国以外の出生国： _____

財産後見人（Conservator）の氏名： _____ 電話番号： _____

故人の氏名： _____

検視案件番号： _____

故人の財政状況

毎月の収入の受取人または代理受取人の氏名、住所、電話番号：

毎月の収入：\$ _____ 収入源： _____ 信託口座残高： _____ 遺言の有無：
あり/なし

Medicare（メディケア）番号： _____

Medi-Cal（メディカル）番号： _____ SSN（社会保障番号）： _____

銀行名： _____ 支店名： _____ 口座番号： _____

施設内にある故人の動産一覧： _____

見つかった近親者および友人一覧

安全衛生法第 7100 条に基づき、故人から別途の指示がない限り、ご遺体の取り扱いを決定する権利、埋葬義務およびその費用負担責任は、配偶者、子、親、兄弟姉妹、姪/甥、祖父母、いとこの順序で近親者に帰属します。

氏名： _____ 続柄： _____

住所： _____ 電話番号： _____

氏名： _____ 続柄： _____

住所： _____ 電話番号： _____

氏名： _____ 続柄： _____

住所： _____ 電話番号： _____

氏名： _____ 続柄： _____

住所： _____ 電話番号： _____

氏名： _____ 続柄： _____

住所： _____ 電話番号： _____

記載されている各近親者が、ご遺体の取り扱いにかかる費用を支払う経済的余裕がないと主張する場合、当該近親者は「近親者財政能力証明書」に記入しなければなりません。

故人の氏名： _____

検視案件番号： _____

近親者を見つけ、連絡するために行った調査 すべての該当項目にチェック

- 故人の施設入居間に、故人の責任者として署名した人物に話を聞いた
- 郡内の病院に連絡し、過去のカルテ情報を確認した
- 故人の記録/カルテを確認した 有権者登録情報 (Registrar of Voters) を確認した
- 友人/施設訪問者に話を聞いた ソーシャルワーカーに話を聞いた
- 社会福祉局 (Social Services) に確認した 電話帳/電子電話帳を確認した
- 公的後見人 (Public Guardian) /財産後見人 (Conservator) に確認した
- 公的遺産管理人 (Public Administrator) に通知した
- 故人の居住地周辺の病院に確認した - 情報： _____
- 療養施設での入居期間が4か月未満の場合、それ以前の故人の居住地を記入してください

- その他： _____

近親者および友人を見つけ、連絡するために行ったその他の調査

この欄には、近親者を見つけ、連絡するために行った調査の内容を記録します。誰かに連絡した、または連絡を試みた際には、その都度、次のことを実施してください。(1) 連絡日時、(2) 連絡を行った職員の氏名、(3) 連絡先相手の氏名、連絡した/連絡を試みた結果を記録します。(4) 各連絡先に対し、故人の近親者を知っているかどうか必ず確認し、知っている場合は氏名、続柄、住所、電話番号を尋ねます。また、(5) 死亡証明書の記入に役立つ情報を知っているかどうか必ず確認します。(6) 記入欄に収まらない場合は、別紙に記入して添付してください。

私は、故人の近親者を見つけるために懸命な調査を行い、見つかった場合は、当該近親者に対し、ご遺体の適切な取り扱いに関する法的責任について通知したことを証明します。私は、カリフォルニア州法に基づき、偽証罪の適用対象であることを理解した上で、上記の内容が真実かつ正確であることを宣言します。

署名場所： _____、署名日： _____

_____ 氏名および役職

_____ 署名

故人の氏名： _____

検視案件番号： _____

近親者財政能力証明書

近親者の氏名： _____ 続柄： _____

生年月日： _____ 電話番号： _____ メールアドレス： _____

住所： _____

私、 _____ (氏名) は、現在および予測可能な将来における私の財政状況について、下記の内容が正確であることを証明します。

- 1) 私は、以下の1つまたはそれ以上の扶助制度による支援を受けています。
(直近の小切手のコピーなど、支援の受給を証明するものを添付してください)
 - SSI & SSP (連邦補助的保証所得および州補助給付金、Supplemental Security Income & State Supplemental Payments Program)
 - AFDC (扶養児童家族扶助、Aid to Families with Dependent Children Program)
 - フードスタンプ (Food Stamp Program)
 - 郡救済 (County Relief)、一般救済 (GF: General Relief)、または一般扶助 (GA: General Assistance)
 - TANF/CalWORKs (貧困家庭向け一時援助金プログラム/カリフォルニア労働機会・育児責任、Temporary Aid for Needy Families/CAL Works)
- 2) 故人の生命保険の受取人になっていますか? はい/ いいえ
 - 上記の質問1にチェックを入れ、なおかつ質問2に「いいえ」と答えた方は、このページの下部に署名し、他の部分は記入しないでください。
 - 上記の質問1にチェックを入れ、なおかつ質問2に「はい」と答えた方は、近親者財政能力証明書の1ページ目と2ページ目の両方に記入してください。
- 3) 私の毎月の額面収入は、下表にある金額未満です。(直近の給料支払小切手や給与明細書のコピーなど、収入を証明するものを添付してください)

家族の人数 (1つに○を付ける)	1	2	3	4	5	6	7	8	追加1人あたりの加算額
毎月の額面収入 (1つに○を付ける)	\$1,128	\$1,518	\$1,907	\$2,297	\$2,686	\$3,076	\$3,466	\$3,855	\$390

質問3にチェックを入れた方は、近親者財政能力証明書の1ページ目と2ページ目の両方に記入してください。

- 4) 私の収入は、私と私が扶養している家族の一般的な生活必需品と埋葬の費用を支払うには十分ではありません。質問4にチェックを入れた方は、近親者財政能力証明書の1ページ目と2ページ目の両方に記入してください。

私は、カリフォルニア州法に基づき、偽証罪の適用対象であることを理解した上で、上記の内容が真実かつ正確であることを宣言します。私は、故人の近親者として、カリフォルニア州法により、経済的余裕がある場合、故人の埋葬義務およびその費用負担責任があることを理解しています。さらに私は、サンマテオ郡検視局が私の財政状況を確認し、私が埋葬費用を負担する経済的能力があると検視官が判断したにもかかわらず、合理的期間内にこの義務を履行しなかった場合、軽犯罪としてサンマテオ郡地方検事に告訴され、さらに郡が負担した埋葬費用の3倍の金額をサンマテオ郡検視局に支払う義務があることを理解しています。

署名場所： _____、署名日： _____

_____ 氏名および立場

_____ 署名

近親者財政能力証明書

5) 毎月の収入（変動がある場合は平均額）：		8) a) <input type="checkbox"/> 私は埋葬費用を支払うことができません	
a) 毎月の額面収入：	\$	b) <input type="checkbox"/> 私はこの金額のみ支払うことができます：	\$
b) 給与控除額：		9) 私は、以下の財産について、直接、間接、または受益的な所有権を有しています：	
(1)	\$	a) 現金	\$
(2)	\$	b) 当座預金、普通預金、信用組合預金、銀行口座	
c) 毎月の手取り給与（aからbを引く）：	\$	(1)	\$
d) その他、毎月得られるお金：		(2)	\$
(1)	\$	c) 自動車、その他の車両、ボート（メーカー名と年式を記載）	
e) 毎月の収入総額（5a～5dの合計）：	\$	(1)	\$
6) 毎月の支出：		(2)	\$
a) 家賃、住宅費、管理修繕費	\$	(3)	\$
b) 食費、日用品費	\$	d) その他の動産（宝飾品、家具など）	
c) 被服費	\$	(1)	\$
f) 洗濯費、クリーニング費	\$	(2)	\$
g) 医療費、歯科治療費	\$	(3)	\$
h) 保険料（生命保険、医療保険）	\$	動産の総額（9a～9dの合計）：	\$
i) 教育費、保育費	\$	10) 本申請を裏付けるその他の事情：特別な医療上の負担、最近の家族の緊急事態による出費、その他の例外的な出費など、検視官と裁判官があなたの家計状況を理解するために参考となる事情を記入してください。記入欄に収まらない場合は、このページの裏面に書いてもかまいません。	
j) 水道光熱費、電話代	\$		
k) 交通費、車両費	\$		
l) 分割払い：			
(1)	\$		
(2)	\$		
(3)	\$		
m) 貸金譲渡、収入控除命令：	\$		
n) その他の支出（具体的に記入）：			
(1)	\$		
(2)	\$		
o) 毎月の支出総額（6a～6nの合計）：	\$		
7) 毎月の収入から支出を差し引いた金額（5eから6oを引く）	\$		