

弔 族 慰 弔 慰 金 請 求 書

※決定額		円	No.
------	--	---	-----

組 合 員 証	記 号		組 合 員		所 属	
	番 号		氏 名		機 関 名	
市 区 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明	死 亡 者 氏 名		死 亡 者 生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年 月 日	性 別 男 ・ 女
	死 亡 年 月 日	平 成 年 月 日	死 亡 の 場 所			
	死 亡 の 原 因 及 び そ の 状 況					
	上記のとおり非常災害により死亡したことを証明します。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 職 名 証 明 者 氏 名 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> 印 </div>					
標 準 報 酬 月 額	第 級	円	請 求 金 額	円		
送 金 口 座 <small>(※弔慰金請求の場合に記載して下さい。)</small>	銀 行	(本 ・ 支) 店	口 座 名 義	請 求 者 名		
	農 協	(本 ・ 支 ・ 出 張) 所	口 座 番 号 (普)			
上記のとおり請求します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 住 所 フリガナ 請 求 者 氏 名 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> 組合員との続柄 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> 印 </div>						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 職 名 所属所長 氏 名 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> 印 </div>						

1 弔慰金の支給を受けようとする場合は、遺族の順位を証明する書類を添付して下さい。
 2 ※印欄は、記入しないで下さい。