

主任書記	書	記	主	任	給付決定伺

## 災害給付金等請求書

様式コード	会員区分	団体コード	会員証番号	会員氏名			所属団体名	
互4550	1 一般			フリガナ				
	2 任継							
	5 公立			生年 月日	年	月		日
給付種別		※種別 コード	※件数	日数	請求金額		※決定額	
互助会給付	災害給付金	66	件	日	円		円	
り災年月日		※り災の程度の判定						
年	月	日	住 居	1 全損 2 1/2以上 3 1/3以上 4 1/5以上 5 1/10以上	家 財	1 全損 2 1/2以上 3 1/3以上 4 1/5以上 5 1/10以上	人 身	1 会員死亡 2 家族死亡 3 障害年金 4 障害一時金
住居 又は 家財の 災害	り災者氏名				り災年月日	年 月 日		
	り災の場所				り災の程度			
	り災の原因 及びその状況							
	又は警察 署長の証明	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 証明者 職名 氏名 印						
人 身 災 害	死亡又は 傷病者氏名				傷病名			
	現症	(障害の程度)						
	医師の 所見	住所			年 月 日			
氏名 印								
以下の事項については、会員死亡の場合のみ記載してください。								
給付金振込 金融機関 (カナ)	金融機関名	支店名(名称)	種類	口座番号	口座名義人(カナ)			
	※ 銀行	※ 支店	1 普通 2 当座					
請求者 について	カナ氏名	生年月日	年 月 日	1 男 2 女	続柄			
上記のとおり請求します。 千葉県市町村職員互助会理事長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 氏名								
互助会受付印	再受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 市町村等の長 職名 氏名						

(注)※印欄以外は、必ず記入してください。