

災害見舞金等請求書

保健課長	課長補佐	保健係長	合 議	主 任	支出決定伺

※決定額	保	災害見舞金（330）	円	※り災の程度の判定			決定		
	厚	災害り災者見舞品（54）	円	住居	全 損	1/3 以上	家財	全 損	1/3 以上
	互	災害給付金（65）	円		1/2以上	(互) 1/5 1/10		1/2以上	(互) 1/5 1/10
組合員区分	所属所番号	組合員等番号	組 合 員 氏 名			所 属 機 関 名			
1 一般			生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日						
2 任継									
標準報酬の月額		等級	請求金額	災害見舞金		円			
り災年月日		令和 年 月 日	請求金額	災害り災者見舞品		円			
り災年月日		令和 年 月 日	請求金額	災害給付金		円			
市町村長 又は 消防署長 又は 警察署長 の証明	フリガナ		り災年月日	令和 年 月 日					
	り災者氏名								
	り災の場所								
	り災の原因及びその状況								
	損害の程度								
上記のとおり証明します。									
令和 年 月 日		証明者	職 名	氏 名				印	
※ 摘 要									
組合員が死亡した場合のみ記載してください。									
給付金振込	金融機関名	支店名	種 類	口座番号	口座名義人（カナ）	続柄			
金融機関	銀行	支店	普 通						
※金融機関コード			当 座						
上記のとおり請求します。									
千葉県市町村職員共済組合理事長 様			〒	住所					
令和 年 月 日	請求者		氏名						
組合受付印	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	所属所長 職 名 氏 名						

※欄は、記入しないでください。