保健課長	課長補佐	保健係長	合　議	主　任	支出決定伺

災害見舞金等請求書

※決定額				※り災の程度の判定						
	保	災害見舞金（330）	円					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	組合員証番号	組合員氏名	所属機関名
1 一般 2 任継			生年月日　昭和・平成・令和　年　月　日	

標準報酬の月額	等級　円	請求金額	災害見舞金	円
り災年月日	令和　年　月　日		災害り災者見舞品	円
			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　㊞			

※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	金融機関名	支店名	種類	口座番号	口座名義人（カナ）	続柄
	銀行	支店	普通 当座			
※金融機関コード						

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

令和　年　月　日　請求者　〒　住所　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

§73（202104）

※欄は、記入しないでください。