

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	1/5 以上		1/2以上	1/5 以上
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 2 任継	△ △ △	△ △ △ △ △	共 済 一 郎			〇〇市			
			生年月日 昭和 平成・令和 △年 △月 △日						
標準報酬の月額	△△ 等級		請求金額		災害見舞金	円			
	△△△,△△△ 円				災害り災者見舞品	円			
り災年月日	令和	△年	△月	△日	災害者給付金	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		職 名						
の 証 明			証 明 書	氏 名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">証明印が必要です。</div>				
※ 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 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			〒 260-8502			住所 千葉市中央区中央港1-13-3			
令和 △ 年 △ 月 △ 日			請求者			氏名 共 済 一 郎			
組合受付	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							
		職 名 〇〇市長 所属所長 氏 名 〇〇〇〇							

※欄は、記入しないでください。