|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 印  短期請求等様式第14号 | | | | | | 決 裁 | 事務局長 | | 次　長 | | 課　長 | | | 主　幹 | | | Ｇ　Ｌ | | 担　当 | 合　議 |
|  | |  | |  | | |  | | |  | |  |  |
|
| 資格取得年月日  ※ | |  | | | 資格喪失年月日 | | |  | | | | | ※決定年月日 | | | | |  | | |
| **請 求 書**  **家族弔慰金** | | | | | | | | | | 決 定 額 | | | | | 円 | | | | | |
| 組合員等 記号・番号 | ― | | | 組合員  氏 名 | |  | | | | | | | | | 所属所名 | | |  | | |
| 標準報酬  月　　　額 | 円  （※ 月分） | | | | | | | | | | | 請求金額 | | | | 円 | | | | |
| 市区町村又は警察署長の 証 明 | 死亡者氏名 | |  | | | | | | | 生年月日  続柄 | | | | | 年 月 日    続柄 | | | | | |
| 死亡年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | 死亡の場所 | | | | |  | | | | | |
| 死亡の原因 及びその状況 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 非常災害により死亡したことを証明する。  年 月 日  職 名    氏 名 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求します。  滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿  年 月 日 住 所  氏 名  組合員との続柄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  １　組合員の死亡の場合は、戸籍謄本及び所得証明書を添付してください。  ２　※印欄は記入しないでください。  (注)  年 月 日 職 名  氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |