|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 組合員証記号番号 | 　　　― | 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 |  | 生年月日性別続柄 |  年 月 日  性別 男 ・ 女 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  |