

葬 祭 補 償 請 求 書

		認定 番号	
地方公務員災害補償基金.....支部長 殿  下記の葬祭補償を請求します。		請求年月日	平成 年 月 日
		請求者の住所	.....
		ふりがな	.....
		氏 名	..... <sup>㊞</sup>
		死亡職員との 続柄又は関係	.....
1	所属団体名	所属部局名	
	氏 名	職 名	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	年 月 日生 ( 歳)	死 亡 日	平成 年 月 日
2	負 傷 又 は 発病の年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	(A) (平均給与額)	円 + 円 × 30 = 円	
	(B) (平均給与額)	円 × 60 = 円	
	(C)	(A)、(B)のうち高い金額 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)	
3 葬祭補償請求金額			

4	送金希望の場合	振込先金融機関名	銀行 支店	* 受 理	平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		* 決定金額	円
		口座番号			
		預金名義者		* 通 知	平成 年 月 日
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店	* 支 払	平成 年 月 日
	その他				

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「平均給与額算定書(2号紙)」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。ただし、この請求書と同時に遺族補償の請求書を併せて提出する場合は、記入する必要はないこと。
- 3 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。