

事務局長	次長	参事	主幹	係長	主査	係	記帳	決定決議書	
								決定年月日	
次のとおり決定します。								資格取得 年 月 日	
								資格喪失 年 月 日	
決定額				円					

弔慰金・家族弔慰金請求書

請求額	円	死亡年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> イ 死亡者は会員の扶養家族に認定されていた。 <input type="checkbox"/> ロ 死亡者は会員の扶養家族に認定されていなかった。		死亡者の氏名及び会員との続柄	()
請求者の 受取金融機関	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組	
	普通預金口座番号	本店・支店 本所・支所 出張所	
	フリガナ		
	預金名義人氏名		

上記のとおり請求します。

年 月 日

所属所		
会員番号		
氏名		(印)
遺族が 請求する 場合	氏名	(印)
	会員との続柄	
	現住所	

一般財団法人滋賀県市町村職員互助会理事長 様

医師又は 助産師の 証明	死亡(死産・早流産(妊娠 年 月 日 年 月 日))したことを証明する。	年 月 日 時 分
	住所 証明者 氏名	(印)

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

所属所長

備考1 医師又は助産師の証明が得られないときは、死亡の事実を証明する書類を添付してください。
 2 遺族が請求する場合は、遺族の順位を証明する書類を添付してください。
 3 死亡者が会員の扶養家族に認定されていなかった(上記ロ)の場合は、会員と死亡者が同居していた事実を証明する書類を添付してください。
 (注) 氏名欄は、請求者本人の署名(本人の自書)による場合は、押印不要です。ただし、代筆又は印刷の場合は押印(認め印可)してください。