弔慰金請求書

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	

受付印必要

弔　慰　金
家族弔慰金　請　求　書

決　定　額	※　　円

組合員証記号番号	－	組合員氏名		所属機関名	
標準報酬月額	等級　　円			請求金額	円

市区町村長消防署長又は警察署長の証明	死亡者氏名		死亡者生年月日	年　月　日	続柄	
	死亡年月日	令和　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。 令和　年　月　日 証明者　職名 氏名　印					

上記のとおり請求します。

高知県市町村職員共済組合理事長　様

令和　年　月　日

請求者　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。

令和　年　月　日

所属所長　職名
氏名

※印欄は記入しないでください。
※請求者の署名及び所属所長の証明欄を印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。