



局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--

弔 慰 金 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 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				
	<p style="text-align: center;">非常災害により死亡したことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">証 明 者 職 名</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p>				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">高知県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">請 求 者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">組合員との続柄</p>					
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏 名</p>					

※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。