様式第２５号

1号紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 葬　祭　補　償　請　求　書 | | | | | | 認定  番号 |  | |
| 地方公務員災害補償基金東京都支部長　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　　　　　　　　　　　　　　㊞  死亡職員との  続柄又は関係 | | | | | |
| 1  死関  亡す  職る  員事  に項 | 所属団体名 | | | 所属部局名 | | | | |
| 氏　　　名  年　　　月　　　日生（　　歳） | | | 職　　　名 | | | | □常　　　　勤  □令第１条職員 |
| 負傷又は  発病の年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | | 死　亡  年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 2  葬金  祭額  補の  償計  請算  求 | (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　　　　　　　　　　　　　□ (Ａ)　　　　□ (Ｂ) | | | | | | | |
| 3　葬祭補償請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4  送  金  希  望  の  場  合 | 振込み | 振込先金融  機関名 | 銀行　　　 支店 | ＊  受　　理  ＊  決定金額  ＊  通　　知  ＊  支　　払  平成　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　円  平成　　　年　　　月　　　日  平成　　　年　　　月　　　日 |  |
| □普通預金　　□当座預金 | |
| 口座番号 |  |
| 預金名義者 |  |  |  |
| 送金小切手 | 受取先金融  機関名 | 銀行　　　 支店 |
| 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✓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。

　4　令第１条職員とは、再任用短時間勤務職員等及び常勤的非常勤職員をいう。