

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 | 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 | 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 | 年 月 日 |
| | 負 傷 又 は 発病の年月日 | 死 年 月 日 | 年 月 日 |
| 2 | (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 | | 円 |

| | | | | | |
|---|---------------|---|----------|-----------|-------|
| 4 | 送 金 希 望 の 場 合 | 振込先金融 機 関 名 | 銀行 支店 | * 決定金額 | 円 |
| | | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | | | |
| | | 口座番号 | | | |
| | 預金名義者 | | * 通 知 | 年 月 日 | |
| | 送金小切手 | 受取先金融 機 関 名 | 銀行 支店 | * 支 払 | 年 月 日 |
| | そ の 他 | | | | 年 月 日 |

| | | | |
|-----------|---------|---------|---------|
| * 受 理 | 所 属 部 局 | 任 命 権 者 | 基 金 支 部 |
| (到達した年月日) | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

[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。
- 4 年月日の記載には元号を用いる。