

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			
フリガナ				(自署又は押印)
氏 名				
死亡職員との続柄又は関係				

1 関死 する職 事員に 関する	所属団体名	フリガナ	氏 名
	所属部局名	年 月 日生 (歳)	
	職 名	負傷又は発病の年月日	
	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	年 月 日 死亡年月日 年 月 日	

2 金葬 額の 計償 算請 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	<input type="checkbox"/> (A)	<input type="checkbox"/> (B)	

3 葬祭補償請求金額 円

4 送金 希望 口座 等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する																					
	個人番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する																					
金融機関名 本支店等名 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 口座名義人 氏名(フリガナ)																						
<input type="checkbox"/> その他																						

* 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
* 決 定 金 額	円	* 通 知	年 月 日
		* 支 払	年 月 日

〔注意事項〕

- 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。
- 「4 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 「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、この請求書と併せて遺族補償の請求書を提出する場合において、当該遺族補償の請求に係る平均給与額算定書の(L)欄に記入した最高限度額又は最低限度額の適用がないときに限り、記入する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。