

様式給第7号

事務局長	次長	参事	主幹	係長	主査	係	記帳	決定決議書				
								決定年月日				
次のとおり決定します。								資格取得日				
<table border="1" style="margin:auto;"> <tr> <td style="width:15%;">決定額</td> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:10%;">円</td> </tr> </table>								決定額		円	資格喪失日	
決定額		円										
弔 家 族 慰 弔 慰 金 請 求 書												
請求金額			円			死亡年月日		年 月 日				
(イ) 死亡者は会員の扶養家族に認定されていた。 (ロ) 死亡者は会員の扶養家族に認定されていなかった。					死亡者氏名及び 会員との続柄		()					
↓(ロ)の場合は、 会員と死亡者が同居していた 事実を証明するにたる書類を 添付してください。	請求者の		金融機関名		銀行・金庫 農協・信組			本店・支店 本所・支所 出張所				
	受取金融機関		普通預金口座番号									
			フリガナ									
			預金名義人氏名									
上記のとおり請求します。 年 月 日												
		所 属 所										
		会 員 番 号										
		氏 名		(印)								
		現 住 所										
		遺族が 請求する 場合	氏 名		(印)							
			会員との続柄									
			現 住 所									
一般財団法人 滋賀県市町村職員互助会理事長 様												
医師又は 助産師の 証 明		死亡（死産・早流産(妊娠 月)）したことを証明する。 年 月 日 証明者 住 所 氏 名 (印)										
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所長 (印)												

備考1 医師又は助産師の証明が得られないときは、死亡の事実を証明するにたる書類を添付してください。
 2 遺族が請求する場合は、遺族の順位を証明するにたる書類を添付してください。