

遺児給付金請求書

決定額

円

会員番号	0	1	2	3	4	5	6	学校番号	0	1	2	3	4		
会員氏名	青森太郎							請求金額	750,000					円	
死亡年月日	令和〇年〇月〇日							死亡の原因	肝不全						
被扶養者氏名	生							年	月	日	年齢	会員との続柄			
青森次郎	平成〇年							〇	月	〇	日	〇	子		
青森夏子	令和〇年							〇	月	〇	日	〇	子		
青森冬子	令和〇年							〇	月	〇	日	〇	子		
	年								月	日					

上記のとおり請求します。

一般財団法人青森県教職員互助会理事長 殿

令和〇年〇月〇日

(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) (TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)

請求者 住所 青森市青森二丁目2-2
氏名 青森 花子

被扶養者との続柄 (母)

受取口座	〇〇 銀行 〇〇 支店 信用金庫 信用組合	普通
		口座番号
		0 1 2 3 4 5 6
		口座名義人カナ氏名 アオモリ ハナコ

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和〇年〇月〇日

所属所名 青森市立〇〇小学校
所属所長 職名 校長
氏名 〇〇 〇

- 1 太枠内は記入しないでください。
- 2 会員が死亡したとき、その年度末に満18歳以下の被扶養者がいる場合、請求対象となります。
- 3 遺児の年齢は、会員死亡年月日現在の年齢を記入してください。
- 4 この請求書を提出するときは、請求者の受取口座の通帳の表紙の写し等、口座番号を確認できるものを添付してください。
- 5 この請求書に記載された個人情報は、業務を遂行するために利用するものであり、他の目的に使用することはありません。