様式第25号

葬　祭　補　償　請　求　書

１号紙

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 認定  番号 | |  |
| 地方公務員災害補償基金青森県支部長　殿  　下記の祭葬補償を請求します。 | | | 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  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 | 年　　月　　日 | 死　　　亡  年　月　日 | | 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　祭葬補償請求金額 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４  送  金  希  望  の  場  合 | 振　込　み | 振込先金融  機　関　名 | 銀行　　　　支店 | ＊  決定金額 | 円 |
| □普通預金　　　　□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 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊ 受　 理  （到達した年月日） | 所 属 部 局 | 任 命 権 者 | 基 金 支 部 |
| 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　年月日の記載には元号を用いる。