

葬 祭 補 償 請 求 書

		認定 番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇
地方公務員災害補償基金青森県支部長 殿		請求年月日	令和〇〇年 6 月 10 日
下記の祭葬補償を請求します。		請求者の住所	〇〇市〇〇町〇〇番地
		ふりがな	あおもり はるこ
		氏 名	青森 春子
		死亡職員との 続柄又は関係	妻
1	所属団体名 〇〇市	所属部局名	〇〇課
死亡する 職員の事 に項	氏 名 青森 三郎 昭和〇〇年 9 月 15 日生 (56 歳)	職 名	<input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤
	課長補佐	職 名	課長補佐
	負傷又は発病の年月日 令和〇〇年 3 月 29 日	死 年 月 日	令和〇〇年 3 月 30 日
2	(A) (平均給与額)	315,000 円 + 12,200 円 × 30 = 681,600 円	
	(B) (平均給与額)	12,200 円 × 60 = 733,200 円	
	(C)	(A)、(B)のうち高い金額 <input type="checkbox"/> (A) <input checked="" type="checkbox"/> (B)	
3	祭葬補償請求金額	733,200 円	

4	送金希望の場合	振込先金融機関名	〇〇 銀行 〇〇 支店	* 決定金額	円
		<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			
		口座番号	012345	* 通知	令和 年 月 日
	預金名義者	青森 春子			
送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店	* 支払	令和 年 月 日	
その他					

請求者の銀行口座等について記入してください。

* 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。