Х Х 原 票 給料額 照合済 照合済 災害 見舞 金請求書 円 ※ 決定額 所属所受付印 〇 〇 学校 所属所コード 00000 所属所名 組合員 公立秋 組合員氏名 0000 記号番号 00000 請 第〇級 求 標準報酬の 000,000 円 災害見舞金 000,000円 等級及び月額 金 額 罹災者氏名 罹災年月日 令和 年 月 日 罹災の場所 市町村長、 罹災の原因 及び 消防署長又 その状況 損害の程度 は警察署長 上記のとおり証明する。 の証明 令和 年 月 日 職名 職印 証明者 氏 名 どちらかにチェック→ 公金受取口座を □ 利用する □ 利用しない 上記のとおり請求します。 公立学校共済組合秋田支部長 様 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 住 所 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号 フリガナ 00 00 00 00 氏名 〇〇 〇〇 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 ○○年 ○○ 月 ○○ 日 〒000-0000 (電話番号) 000-000-0000 所属所所在地 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号 所属所長職氏名 〇〇学校長 〇〇 〇〇 職印 1 ※欄は、記入しないこと。