

災 害 見 舞 金 請 求 書

所属所受付年月日	共済組合受付年月日

			※決 定 額		
組合員等記号・番号	組合員氏名	所属名	法定給付	円	
公立福井			計	円	
標準報酬月額		所属コード	請求金額		
第 級	円				
市町村長 消防署長 警察署長 の 証 明	り 災 者 氏 名		り 災 した 日 時		
	り 災 の 場 所		損 害 の 程 度		
	り 災 の 原 因 状 況				
証 明	上記のとおり証明します。				
	年 月 日	証 明 者	官 職 氏 名		
給 付 金 受 取 口 座	銀行名	銀行コード	本・支店名	支店コード	口座番号
	名 義 人 (カカ)				
上記のとおり請求します。					
公立学校共済組合福井支部長 様					
年 月 日					
〒					
請求者 住 所 氏 名					
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					
職 名 所属所長 氏 名 T E L					

※欄は記入しないでください。