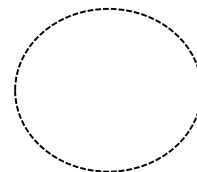


# 災 害 見 舞 金 請 求 書



所属所受付印

決 定 額	別紙のとおり
-------------	--------

組合員証 記号番号	公立茨城	フリガナ		所属所名	
	第 号	組合員氏名		所属コード	
消防所長、警 察署長又は市 町村長の証明	り災者氏名		り災年月日	令和 年 月 日	
	り災の場所			災害の種別	
	り災の原因 及びその状況				
	損害の程度				
	上記のとおり証明します。		証明者	職名	氏名
		令和 年 月 日			
摘 要					
標準報酬月額	等 級	月 額	請求金額	円	
		円			
上記のとおり請求します。					
公立学校共済組合茨城支部長 殿					
令和 年 月 日					
住所 _____					
請求者 氏名 _____					
(署名)					
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					
職名 _____					
所属所長 氏名 _____					
印 _____					
所属所所在地	(〒 - )		(電話番号)		

- (注) 1 最寄りの駅等からり災場所までの略図を添えて下さい。  
 2 「標準報酬月額」の欄は、任意継続組合員の場合は、任意継続掛金の標準となった標準報酬月額を記入してください。