

弔慰金請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名	
		会員コード		会員氏名	
死 亡 者 の					死 亡 年 月 日
氏 名		続柄	性別	生 年 月 日	
				年 月 日	令和 年 月 日
事実発生時の標準報酬月額		円			
請求金額	円			※決定金額	円
市 区 町 村 長	死亡場所				
	死 亡 の 原 因 及 び そ の 状 況				
又は警察署長の 証 明	<p style="text-align: center;">非常災害により死亡したことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">証明者 氏名 印</p>				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">自宅住所</p> <p>請求者 職名</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属所名</p> <p>所属所長 職氏名 印</p>					所属所受付印

※ 氏名を自署する場合は押印不要
 ※印欄は、記入しないでください。