

# 災害見舞金 請求書

組合員証	記	号	所 属 機 関 名				
	番	号	組 合 員 氏 名		生 年 月 日		
					昭和		
					平成	年 月 日	
請 求 金 額			給 料	昇給年月日	年	月 日	
330	災害見舞金	円		組合員種別	表 給 号 俸		
	災害見舞品	円		※	円		
				任 意 継 続 組 合 員			
				退職時給料	円		
			任継掛金の標準給料	円			
市町村長 消防署長 又は 警察署長 の証明	り災者氏名		り災年月日		年	月 日	
	り災の場所						
	り災の原因及びその状況						
	損害の程度						
	上記のとおり証明する。 平成 年 月 日 証明者 職名 氏名 <span style="float: right;">印</span>						
上記のとおり請求します。 長野県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">所属所 受付印</span>			請求者	住所			
				氏名	印		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">共済組合 受付印</span>							
			所属機関の長 <span style="float: right;">印</span>				

決定欄	認定月数	か月	災害見舞金	円	災害見舞品	円
決 裁 欄						
課長	医療係長	係	担当者	決裁日		
課長補佐	福祉係長	係	担当者	データ入力日		
				支払日		