

災害見舞金 請求書

組合員証	記号	番号	所属機関名(市・町・村・一部事務組合等)	
組合員氏名			名称	
生年月日	昭和 平成	年 月 日	所在地	
請求金額				
330	災害見舞金	円	標準報酬の 等級及び月額	等級 円
			任意継続組合員	
	災害見舞品	円	退職時標準報酬 の等級及び月額	等級 円
			任 継 掛 金 の 標準報酬の月額	円
市町村長 消防署長 又は 警察署長 の証明	り災者氏名			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	印
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				
			請 求 者	住所 氏名
所属所受付印	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			
	所属機関の長			職名 氏名