様式第10号(第8条関係)

葬祭補償請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (実施機関の職氏名)  　　　　　　　　　　　　　　　　様  下記の葬祭補償を請求します。 | | | | 請求年月日　　　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 請求者の住所 | | |  |
| ふりがな  氏名 | | | |
| 死亡職員との続柄又は関係 | | |  |
| 1  死亡職員に関する事項 | 所属部局名 | | | | 職名 | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生(　歳) | | | | | | |
| 負傷又は発病の年月日 | | 年　　月　　日 | | 死亡年月日 | 年　　月　　日 | |
| 2  葬祭補償請求金額の計算 | (Ａ) | (補償基礎額)  295,000＋　　　　　　　　円　×　30　＝　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| (Ｂ) | (補償基礎額)  　　　　　　　円　×　60　＝　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| (Ｃ) | (Ａ)、(Ｂ)のうち高い金額　　　　□(Ａ)　　　　□(Ｂ) | | | | | |
| 3　葬祭補償請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４　送金希望の場合 | 口座振替 | 振込先金融機関名 | 銀行　支店 | ＊受理 | 年　　月　　日 |
| □普通預金　□当座預金 | | ＊決定金額 | 円 |
| 口座番号 |  |
| 預金名義者 |  | ＊通知 | 年　　月　　日 |
| 送金小切手 | 受取先金融機関名 | 銀行　支店 |
| ＊支払 | 年　　月　　日 |
| その他 |  | |

〔注意事項〕

請求者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。