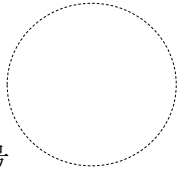


受 付 印



短期請求等様式第 14 号

| | | | | | | | |
|--------|------|-----|-----|------|-----|-----|-----|
| 決 裁 | 事務局長 | 次 長 | 課 長 | 課長補左 | G L | 担 当 | 合 議 |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|------------|-----------------------|--------------------|--|
| 資格取得年月日 | | 資格喪失年月日 | | ※決定年月日 | |
| 弔 慰 金 請 求 書 家族弔慰金 | | | 決定額 | ※ | |
| 組合員証 記号番号 | | 組合員 氏 名 | | 所属所名 | |
| 標準報酬 月 額 | 円 (※ 月分) | | 請求金額 | 円 | |
| 市区町村又 は警察署長 の 証 明 | 死亡者氏名 | | 死 亡 者 生年月日 性別続柄 | 年 月 日 性別 男・女 続柄 | |
| | 死亡年月日 | 年 月 日 | 死亡の場所 | | |
| | 死亡の原因 及びその状況 | | | | |
| | 非常災害により死亡したことを証明する。 年 月 日 職 名 証 明 者 氏 名 印 | | | | |
| 上記のとおり請求します。 滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名 印 組合員との続柄 | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印 | | | | | |

- (注) 1. 組合員の死亡の場合は、戸籍謄本及び所得証明書を添付してください。
 2. ※印欄は記入しないでください。