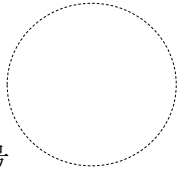


受 付 印



短期請求等様式第 14 号

決 裁	事務局長	次 長	課 長	主 幹	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	※
		円

組合員証 記号番号	—	組合員 氏 名		所属所名	
--------------	---	------------	--	------	--

標準報酬 月 額	円	請求金額	円
	(※ 月分)		

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
	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 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

- (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。