

葬 祭 補 償 請 求 書

		認定 番号	〇〇-〇〇〇〇〇		
地方公務員災害補償基金 大阪府支部長 様 下記の葬祭補償を請求します。		請求年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
		請求者の住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇		
		ふりがな	おおさか はなこ		
		氏 名	大阪 花子		
		死亡職員との 続柄又は関係	妻		
1	所属団体名	〇〇市		所属部局名	〇〇部〇〇課
死 関 連 す 職 員 事 に 関 連 す	氏 名	大阪 太郎		職 名	<input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
		〇〇年〇〇月〇〇日生 (〇〇歳)			技師
	負傷又は 発病の年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		死 亡 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
葬 金 祭 額 補 償 計 算 求	(A)	(平均給与額)			
		315,000 円+	10,000 円	×	30 = 615,000 円
	(B)	(平均給与額)			
		10,000 円	×	60 = 600,000 円	
	(C)	(A)、(B)のうち高い金額 <input checked="" type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)			
3	祭葬補償請求金額			615,000 円	

4 送 金 希 望 の 場 合	振 込 み	振込先金融 機 関 名	〇〇銀行 〇〇支店		*決定金額	円	
		<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		*通 知			年 月 日
		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇				
	送金小切手	預金名義者	大阪 花子		*支 払	年 月 日	
	そ の 他	受 取 先 金融機関名	銀行 支店			年 月 日	

* 受 理 (到達した年月日)	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日

〔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。
- 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。ただし、この請求書と同時に遺族補償の請求書を併せて提出する場合は、記入する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。