

弔慰金請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名	
		会員コード		会員氏名	
死 亡 者 の					死 亡 年 月 日
氏 名		続柄	性別	生 年 月 日	
				年 月 日	令和 年 月 日
事実発生時の標準報酬月額					円
請求金額				※決定金額	円
市区町村長 又は警察署長の 証明	死亡場所				
	死亡の 原因及び その状況				
証明		非常災害により死亡したことを証明する。 令和 年 月 日 住所 証明者 氏名 印			
上記のとおり請求します。 一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様 令和 年 月 日 自宅住所 請求者 職名 氏名 印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所名 所属所長 職氏名 印					所属所受付印

※ 氏名を自署する場合は押印不要
 ※印欄は、記入しないでください。