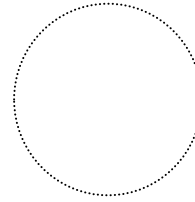
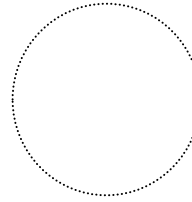


給付種別
330

災害見舞金請求書

所属所受付印

共済組合受付印



組合員等記号番号 (左詰めで記入)	記号		番号			
組合員氏名				所属機関名		
標準報酬月額	_____等級			請求金額	円	

※印は、記入しないでください。

「市町村長、消防署長又は警察署長の証明欄」							
り災者氏名			※資格取得日	昭和	年	月	日
り災年月日	令和	年	月	日	り災の場所		
り災の原因、状況及び損害の程度	できるだけ詳しく記入してください。						
上記のとおり証明します。							
令和 年 月 日		証明者		〔職名〕		〔氏名〕	
						印	

上記とおり請求します。							
岡山市町村職員共済組合理事長 様		請求者		〔住所〕		〔氏名〕	
令和 年 月 日							

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		所属所長		〔職名〕		〔氏名〕	

(2024.12改訂)

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

〔標準報酬月額〕	円	×	〔月数〕	月	+	〔災害見舞品〕	=	〔決定額〕	円
局長			課長			課長補佐		係長	
決定年月日									