弔　慰　金
家族弔慰金　請求書

所属所
受付年月日

※決定額	円

組合員	記号	○○○○	フリガナ	○○○○　○○○○	所属機関	名称	○○市
	番号	○○○○	組合員氏名	○○　○○		所在地	○○○○○○○○○
標準報酬月額（短期）	等級　　円				請求金額	○○○,○○○	円
市区町村長又は警察署長の証明	死亡者氏名	○○　○○			死亡者生年月日		続柄
	死亡年月日	令和○○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。

令和　○○　年　○○　月　○○　日

証明者　職名　○○○○

氏名　○○　○○　　印印

上記のとおり請求します。

鳥取県市町村職員共済組合　理事長　様

令和　○○　年　○○　月　○○　日

請求者　住所　○○市○○町○○

氏名　○○　○○

組合員との続柄　○○

1　弔慰金の給付を受ける順位は、配偶者及び子、父母、孫、祖父母の順序です。
2　弔慰金の請求に当たっては、遺族の順位を証明する書類を添付してください。
3　印欄は記入しないでください。

※決裁	令和　年　月　日	局長	次長	課長	合議	主査

(R7.4.1)

<弔慰金及び家族弔慰金>
〇組合員又は被扶養者が水震火災その他非常災害（公務上を含む）により死亡した場合に、組合員は標準報酬月額の1月分（被扶養者はその7割額）を支給します。

〇添付書類
「埋火葬許可証の写」又は「死亡診断書の写」等
「戸籍謄本」