

別記様式交第4号（第3条関係）

災 害 見 舞 金 請 求 書

請求区分	初回・差額
整理番号	
加入者番号	

事故発生日時	年 月 日 午 前 後 時 分頃			
事故発生場所				
災害を受けた加入者住所氏名	住所	〒 - (ふりがな) 氏 名		生年月日 年 月 日
		電話 () -		
添付書類	交通事故証明書 交通事故申立書 診断書・(死体検案書) 加入者証 戸籍謄本 その他 ()			
災害見舞金振込先	金融機関名		種別	普通・当座・()
	本・支店名		口座番号	
	(ふりがな) 口座氏名		加入者との続柄	
備考				
<p>上記により災害見舞金を請求します。</p> <p>年 月 日 (〒) -</p> <p>住 所 請 求 者 氏 名 加入者との続柄</p> <p>長崎県市町村総合事務組合管理者 様</p>				

(支部長査定)

<p>いずれかに<input checked="" type="checkbox"/>してください。</p> <p><input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>障害1 <input type="checkbox"/>障害2 <input type="checkbox"/>傷害(入院・通院) ※ <input type="checkbox"/>事故証明書無</p>			見舞金請求額	円		
※ 傷害の場合は記入してください。	基本額	3日～10日の入院・通院		①	20,000 円	
	加算額	11日目以降の	入院	日	×2,000円	② 円
			通院	日	×1,000円	③ 円
	合 計 (①+②+③) (上限300,000円)					円
<p>上記の金額を災害見舞金として支払われるよう提出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>市 町 村 支部長 (印)</p>						

(組合決定)

上記の請求について、右記金額の支払いを決定する。	円
請求金額に対しその額を制限した場合の理由	
決 定 年 月 日	年 月 日