弔慰金
家族弔慰金 請　求　書

決裁	課長	係長	主任	副主任

決定額	※　　円

組合員等	記号		組合員氏名		所属所名	
	番号					

市区町村長又は警察署長の証明

死亡者氏名				死亡の場所	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	続柄		死亡の原因及びその状況	
死亡年月日	令和　　年　　月　　日				
埋葬年月日	令和　　年　　月　　日				

非常災害により死亡したことを証明する。

令和　　年　　月　　日

職　名
証明者
氏　名　　印

標準報酬月額	等級　　円	請求金額	円
※ 標準報酬月額　　円（A） （A）×０．７　　円			

上記のとおり請求します。

京都府市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

住　所
請求者　氏　名
組合員との続柄（弔慰金請求の場合記入）

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

職　名
所属所長
氏　名

※印欄は記入しないでください。