

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	
		電話 () -	生年月日	年 月 日
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				

上記により災害見舞金を請求します。
 年 月 日 (〒) -
 住 所
 請 求 者 氏 名
 加入者との続柄
 長崎県市町村総合事務組合管理者 様

(支部長査定)

いずれかに☑してください。 <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		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	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

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。
 年 月 日
 市 町 支部長
 村

(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