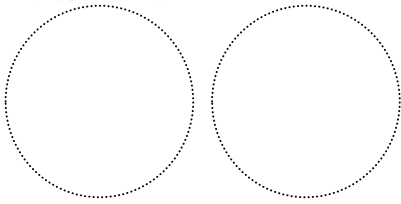


給付種別
330

災害見舞金請求書

所属所受付印 共済組合受付印



組合員証記号番号 (左詰めで記入)	記 号			番 号				

※印は、記入しないでください。

組 合 員 氏 名		所属機関名	
標 準 報 酬 月 額	_____等級 円	請 求 金 額	円

《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 平成 _____年 _____月 _____日 令和 _____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。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 _____年 _____月 _____日 請求者 (住所) _____ (氏名) _____	
---	--

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) _____	
--	--

(2022.1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〕		〔月数〕	〔災害見舞品〕		〔決定額〕
円 ×		月 +	=		円
局 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	係	決 定 年 月 日