

様式第17号(第11条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

市町名		受付 年月日		送付 年月日	
-----	--	-----------	--	-----------	--

弔慰金給付請求書

年 月 日

静岡県知事 氏 名様

(加入者又はその遺族)

住 所

氏 名

次のとおり、静岡県心身障害者扶養共済制度の弔慰金の給付を請求します。

加入番号			口数追加の有無	有 ・ 無	
加入年月日	年 月 日		口数追加年月日	年 月 日	
加入者	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所			心身障害者 との続柄	
心身障害者	氏 名		男 女	生年月日	年 月 日
	障害の 種類	1 知的障害者 2 身体障害者 3 その他		障 害 の 程 度	
	死 亡 年月日	年 月 日		死亡の原因と なつた傷病名	
振 込 先	金融機関名	支店名	預金の種類	口座番号	口座名義人
			1 普通預金 2 当座預金		

添付書類

- 1 加入証書又は口数追加証書
- 2 加入者の住民票の写し(加入者とその扶養する心身障害者と同時に死亡した場合にあつては、加入者の消除された住民票の写し)
- 3 心身障害者の消除された住民票の写し