

葬 祭 補 償 請 求 書

		認定 番号	
地方公務員災害補償基金大阪市支部長 殿		請求年月日 年 月 日	
下記の祭葬補償を請求します。		請求者の住所 ----- ふりがな 氏 名 死亡職員との 続柄又は関係	
1 死 関 亡 す 職 る 員 事 に 項	所属団体名 大阪市	所属部局名	
	氏 名 年 月 日生(歳)	職 名	常 勤 令第1条職員
	負傷又は 発病の年月日 年 月 日	死 亡 日 年 月 日	年 月 日
2 葬 金 祭 額 補 償 計 算 求	(A) (平均給与額)		
	円 + 円 × 30 =	円	
	(B) (平均給与額)		
	円 × 60 =	円	
	(A)、(B)のうち高い金額	(A)	(B)
3	葬祭補償請求金額	円	

4 送 金 希 望 の 場 合	振 込 み	振込先金融 機 関 名	銀行 支店	* 受 理	年 月 日
		普通預金 当座預金		* 決定金額	円
		口座番号			
	送金小切手	預金名義者		* 通 知	年 月 日
		受取先金融 機 関 名	銀行 支店	* 支 払	年 月 日
		そ の 他			

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する にレ印を記入すること。
- 2 「平均給与額算定書(2号紙)」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。ただし、この請求書と同時に遺族補償の請求書を併せて提出する場合は、記入する必要はないこと。
- 3 年月日の記載には元号を用いること。