課　長	保　　健	係

災害見舞金請求書

支給決定伺	
決定額	円

組合員証記号番号	―	組合員氏名		所属機関名	
標準報酬の等級及び月額	第　　級　　円	請求金額	災害見舞金　　円		

市町村長、消防署長又は警察署長の証明	り災者氏名		り災年月日	年　月　日
	り災の場所			
	り災の原因及びその状況			
	損害の程度			
	上記のとおり証明する。 年　月　日 住　所 証明者 氏　名　　印			

上記のとおり請求します。

栃木県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（本人・　　）

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