別記第10号（第8条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （実施機関の職氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　様  下記の葬祭補償を請求します。 | | 請求年月日　　　　　年　　月　　日 | |
| 請求者の住所  氏名  死亡職員との 続柄又は関係 | |
| １　死亡職員に関する事項 | 所属部局名 | | 職名 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 年　　 月 　　日 | | 年　月　日 |
| ２　葬祭補償請求金額の計算 | （補償基礎額）  (Ａ)　315,000＋ 　　　　　　　　　　　　　　　円　×　30　＝　　　　　　　　　　　円 | | |
| （補償基礎額）  (Ｂ) 　　　　　　　　　円　×　60　＝　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| (Ｃ) 　　　(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 | 口座振替 | 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 |  |
| 預金名義者 |  |
| ＊通知 | 年　月　日 |
| 送金小切手 | 受取先金融機関名 | 銀行 　支店 |
| ＊支払 | 年　月　日 |
| その他 |  | |

〔注意事項〕

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。