

様式第18号(第9条関係)

弔慰金給付請求書

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	男女		生年月日	年 月 日
	住所				心身障がい者 との続柄
心身障がい者	氏名	男女		死亡年月日	年 月 日
	死亡の原因となつた傷病名				
上記のとおり、弔慰金の給付を請求します。					
年 月 日					
(加入者) 氏名					
福井県知事 様					

- 添付書類 1 加入者の住民票の写し(加入者の氏名が知事に届け出ている氏名と異なる場合は、戸籍の抄本)
- 2 心身障がい者の消除された住民票の写し(心身障がい者の氏名が知事に届け出ている氏名と異なる場合は、除籍の抄本)