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)