


## 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	心身障害者 との続柄	
心身障害者	氏名	男 女	死亡年月日 年 月 日
	死亡の原因となった傷病名		
<p>上記のとおり、弔慰金の給付を請求します。</p> <p style="margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">(加入者) 氏 名</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">  </div> <p style="margin-top: 20px;">茨 城 県 知 事 殿</p>			

- 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 心身障害者の削除された住民票の写し(心身障害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)

(注) 記名押印に代えて署名することができます。