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 |  | 死亡年月日 | 年　　月　　日 |
| 死亡の原因となった傷病名 |  |
| 口座振替希望金融機関 | 金融機関名 | 本・支店（所）名 | 預金種目 | 口座番号 | （フリガナ）口座名義人 |
|  |  |  |  |  |
| 直接送金を希望する特別の事情 |  |
| 　上記のとおり、弔慰金の給付を請求します。　　　　　　年　　月　　日（請求者）　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　長野県知事　　　　　殿 |
| （添付書類）１　長野県心身障害者扶養共済制度加入証書又は口数追加証書２　加入者の住民票の写し３　心身障害者の住民票の写し |