

(加入消防団等用)

		消防団員等福祉共済共済金支払請求書						書類提出年月日			
								平成 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 自主防災活動者 <input type="checkbox"/> 消防職員 <input type="checkbox"/> 協会職員等 (該当に✓印)	加入登録番号			加入消防団等名	事務取扱 所属名	TEL					
	都道府県	市町村	加入者								
公益財団法人日本消防協会 殿 下記のとおり、遺族援護金・生活援護金・障害見舞金・入院見舞金・弔慰金・ 弔慰救済金・重度障害見舞金・見舞金・保育援護金の支払いを請求します。 (請求該当項目に○印をつけて下さい。)				受取人の住所							
				受取人の氏名		⑧					
				親権者等 (受取人が未成年等の場合)		⑨		受取人と の続柄			
				受取人と加入者の続柄				請求年月日	平成 年 月 日		
消防職団員 証明書	フリガナ			男 ・ 女	生年月日	昭和		年令 (才)	この欄の記載は事実と相違ないことを証明しま す。 平成 年 月 日 市町村長又は 消防長・消防団長 (任命権者)		
	氏名					昭和				平成 年 月 日	
	拝命年月日	昭和・平成	年	月	日	(現在階級)					
	現職年月日	平成	年	月	日						
	退職年月日	平成	年	月	日						
	補充加入 (該当に○印)	有・無	備考								
事故 状況書	発生日時	平成 年 月 日 時 分				公務・公務外					
	発生場所					目撃者					
	事故または 公務疾病の 状況										
	受傷後の処置 (病院名・病院へ の移送方法等)										

- (注) 1. この支払請求書は2部、都道府県消防協会(1部は日本消防協会用)へ提出して下さい。
 2. 支払共済金の種類に応じて、該当する死亡診断書、障害診断書、入院証明書等の必要書類を添付して下さい。

以下の欄は記入しないでください。

	千 百 十 万 千 百 十 円					決 定 処 理 欄	審 査 決 定	第 2 次 審 査	第 1 次 審 査	受 付 欄	都道府県 消防協会	日本消防協会
遺族援護金												
生活援護金												
障害見舞金												
入院見舞金												
弔慰金												
弔慰救済金												
重度障害見舞金												
見舞金												
保育援護金												
計												