

(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 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		㊟					
							親権者等 (受取人が未成年等の場合)		㊟		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	
消防職員 証明書	フリガナ				男 ・ 女	生年月日		昭和 平成 年 月 日		年齢 (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) 印		
	氏名													
	拜年月日		昭和・平成 年 月 日				現職年月日		平成 年 月 日 (現在階級)					
	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				事故状況のとおり相違ないことを証します。 平成 年 月 日 市 町 村 長 又 は 消防長・消防団長 (任命権者) 印			
	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
	千	百	十	万	千	百	十							
遺族援護金													印	印
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														