

様式 2

(家族等の死亡の場合)

年 月 日

静岡県職員組合執行委員長 様

分会名

申請者(組合員 ・ 再任用職員協議会員)

(いずれかを○印で囲んでください。)

氏名 印

職員番号

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

死亡弔慰金交付申請書

このことについて、静岡県職員組合弔祭費等支給規定第3条により関係書類を添えて申請します。

なお、組合が下記内容を県当局に確認することを了承します。

記

| | | |
|-----|------------------|--------------|
| 死亡者 | 続 柄 ○で囲んでください | 配偶者・親(父・母)・子 |
| | 死亡年月日 | 年 月 日 |

- (注) 1 死亡を証明する書類を添付のこと。(死亡診断書の写、会葬用ハガキなどによい)
2 記載された内容は、給付に関する事務のみに利用し、それ以外の目的では使用いたしません。

上記のとおり相違ないことを確認します。

年 月 日 支部名

支部長名

印