

(島互様式第2号)

事務局長	課長	主幹	係

支払済印

## 災害見舞金（互助会）請求書

所属所番号	所属所名
.....	

※決定額
円

組合員番号	会員氏名	性別	生年月日			
.....		男女	昭和	年	月	日
			平成	.....	.....	.....

請求額	円
-----	---

り災の内容			
り災者氏名		り災年月日	平成 年 月 日
り災の場所			
り災の原因及びその状況			
損害の程度			

上記のとおり請求します。

島根県市町村職員互助会理事長 様  
平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_  
請求者 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  
平成 年 月 日

職名 \_\_\_\_\_  
所属所長 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

1. 損害の程度が住居又は家財の7分の1以上5分の1に満たない損害の場合
2. ※印欄は記入しないで下さい。