様式第10号（第4条関係）

葬祭補償請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （教育委員会の長の職氏名）  　　　　　　　　様  下記の葬祭補償を請求します。 | | | | | | 請求年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 請求者の住所  氏名  学校医等との続柄又は関係 | | | | |
|
| １  死亡学校医等に関する事項 | | 所属学校名 | |  | | 職業 | |  | | |
| 氏名生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 死亡年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| ２　葬祭補償請求金額 | | | （補償基礎額）  (１)　315,000円＋　　　　　　　×30　＝　　　　　　　 　円 | | | | | | | |
| （補償基礎額）  (２)　　　　　　　　 　　×　　　60　＝　　　　　　　 　円 | | | | | | | |
| (１)、(２)のうち高い金額　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | |
| ３　添付する書類その他の資料名 | | |  | | | | | | | |
| ４　送金希望の場合 | 口座振替 | | 振込先金融機関名 | | 銀行  支店 | | ＊  受付 | | | 年　　月　　日 |
| □普通預金  □当座預金 | | | | ＊  決定 | | | 年　　月　　日 |
| 口座番号 | |  | | ＊  支払 | | | 年　　月　　日 |
| 口座名義人 | |  | | ＊  決定金額 | | | 円 |

［注意事項］

１　請求者は、＊印の欄には記入しないでください。また、該当する□に***レ***印を記入してください。

２　「４　送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたとき、その支払方法について口座振替による支払を希望する場合に記入してください。

３　この請求書には、葬祭を行った事実を認めることのできる書類を添付してください。