

各様式記載例

消防団員福祉共済制度加入者名簿省略協定書

条例定数又は実員を記載すること

加入登録番号		加入人員・加入日	市町村名	〇〇市(町・村)
都道府県	市町村	100人	加入団体名	〇〇消防団
0	00010	平成〇年〇月1日	事務取扱	〇〇市〇〇課〇〇係
加入口数		1口	所属名	TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

上記の消防団(消防団に準ずる組織を有するもので日本消防協会が特に認めたものを含む)・消防本部

(署)又は日本消防協会が認めた団体は、消防団員福祉共済制度規約第5条の規定に該当するので、加入(脱退)者名簿を省略し、ここに協定する。

1. 相互に、本制度規約の各条項を遵守します。
2. この協定書は、加入者台帳の代りとして、加入消防団・消防本部(署)又は日本消防協会が認めた団体・都道府県消防協会・日本消防協会に於て、それぞれ当該年度間保存します。

加入者名簿省略協定証

協会印



- (注)
- 1 3部作成し、1部を控とし、2部を都道府県消防協会へ提出して下さい。
 - 2 加入登録番号は、都道府県消防協会へ照会のうえ、記入して下さい。
 - 3 加入人員欄は、加入時の人員・年月日を記入して下さい。
 - 4 市町村欄には、消防団・消防本部(署)又は日本消防協会が認めた団体の公印を押印して下さい。
 - 5 その他詳しいことは、事務取扱要領をご覧下さい。

記載例 2

(個人加入用)

様式 2

消防団員福祉共済制度加入者申込書

No. 1

日本消防協会 御中

下記のとおり申し込みします。

加入登録番号		加入年月日		加入申込書提出日	平成 ○年 ○月 ○日
都道府県	市町村	平成○年 4月 1日		都道府県消防協会名	○○消防協会
0	0			市町村名	○○市(町・村)
0	0			加入団体名	○○消防団
0	0			事務取扱	○○市○○課○○係
0	0			所属名	TEL 012-345-6789

加入者番号	フリガナ		備考	加入者番号	フリガナ		備考
	加入者氏名				加入者氏名		
1	フクシ	イチロウ		11	キョウサイ	シロウ	
	福祉	一郎			共済	四郎	
2	ホシユウ	ジロウ		12	↓	↓	
	補償	二郎					
3	イクエイ	サブロウ		13	↓	↓	
	育英	三郎					
4	↓	↓					
5	↓	↓					
6	↓	↓					
7	↓	↓					
8	↓	↓					
9	↓	↓					
10	↓	↓					

- (注) 1 3部作成し、1部を控とし、2部を都道府県消防協会へ提出して下さい。
 2 加入登録番号は、都道府県消防協会へ照会のうえ、記入して下さい。
 3 加入者番号は、1番から通し番号を記入して下さい。
 (脱退者の番号は永久欠番とします。)
 4 氏名のフリガナは必ず記入して下さい。
 5 必要事項は1枚毎に記入して下さい。
 6 合計欄は1枚目のみ記入して下さい。
 7 市町村欄には、消防団・消防本部(署)又は日本消防協会が認めた団体の公印を押印して下さい。

合計	申込書	加入者
	1枚	13人
	No. 1 ~ No. 1	

市	都消	日本消防協会
町	道防	
	府協	
村	県会	

協会印

記載例 3

(個人加入用)

消防団員福祉共済制度脱退者通知書 No. 1

日本消防協会 御中

下記の通り脱退者を通知いたします。

加入登録番号		
都道府県	市	町 村
0 0	0 0 1 0	

書類提出日	平成 ○年 ○月 ○日
市町村名	○○市(町・村)
加入団体名	○○消防団
事務取扱所 属名	○○市○○課○○係

加入者番号	フリガナ		脱退と死亡の区分	加入日		脱退(死亡)日		備考
	加入者氏名			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
1	フクシ 一郎	イチロウ 福社 一郎	① 脱退 2. 死亡	○ ○ 1	○ 10 31			
1 3	キヨウサイ 二郎	シロウ 共済 二郎	① 脱退 2. 死亡	○ ○ 1	○ 11 30			
2 5	イクエイ 太郎	タロウ 育英 太郎	1. 脱退 ② 死亡	○ ○ 1	○ 12 25			
			1. 脱退 2. 死亡					
			1. 脱退 2. 死亡					
			1. 脱退 2. 死亡					
			1. 脱退 2. 死亡					
			1. 脱退 2. 死亡					
			1. 脱退 2. 死亡					
			1. 脱退 2. 死亡					

- 注) 1 3部作成し、1部を控とし、2部を都道府県消防協会へ提出して下さい。
- 2 加入登録番号、加入者番号は必ず記入して下さい。(加入者番号は以後永久欠番となります)。
- 3 公務中の死亡又は障害の状態の場合は備考欄に公務と記入して下さい。
- 4 合計欄は1枚目のみ記入して下さい。
- 5 市町村欄には、消防団・消防本部(署)又は日本消防協会が認めた団体の公印を押印して下さい。

合計	通知書	脱退者
	1 枚 No. 1 ~ No. 1	3 人

市	都消	日本
町	道防	消防
村	府協	協会
	県会	会

協会印

消防団員福祉共済制度掛金送金通知書

日本消防協会 御中

平成 ○年 4月1日から平成 ○年3月31日までの カ月分掛金を ① ○年 ○月 ○日 ② 銀行振込 により送金します。

(注) 上記①の欄には送金年月日を、②の欄には銀行振込、現金書留等の送金方法を記入してください。

書類提出日	平成 ○年 ○月 ○日	
加入登録番号	都道府県	市町村
市町村名	○○市(町・村)	
加入団体名	○○消防団	
事務取扱所属名	○○市○○課○○係	

4月1日新規(更新)加入の場合

<p>① 新規(更新)加入</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">加入人員</td> <td style="text-align: center;">100 人</td> </tr> </table>	加入人員	100 人	<p>③ 送金額</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1人当り掛金</td> <td style="text-align: center;">1口 × 3,000円</td> </tr> <tr> <td>送金額</td> <td style="text-align: center;">300,000円</td> </tr> </table>	1人当り掛金	1口 × 3,000円	送金額	300,000円															
加入人員	100 人																					
1人当り掛金	1口 × 3,000円																					
送金額	300,000円																					
<p>② 追加(年度途中)加入</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">加入人員</td> <td style="text-align: center;">1 人</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">異動内訳</td> <td>新規加入</td> <td style="text-align: center;">3 人</td> </tr> <tr> <td>脱退</td> <td style="text-align: center;">1 人</td> </tr> <tr> <td>死亡</td> <td style="text-align: center;">1 人</td> </tr> <tr> <td colspan="2">総加入人員</td> <td style="text-align: center;">100 人</td> </tr> </table>	加入人員		1 人	異動内訳	新規加入	3 人	脱退	1 人	死亡	1 人	総加入人員		100 人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">条例定数</td> <td style="text-align: center;">120 人</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(○年4月1日現在)</td> </tr> <tr> <td>実員</td> <td style="text-align: center;">100 人</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(○年4月1日現在)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 2px;">加入日現在で記載</p>	条例定数	120 人	(○年4月1日現在)		実員	100 人	(○年4月1日現在)	
加入人員		1 人																				
異動内訳	新規加入	3 人																				
	脱退	1 人																				
	死亡	1 人																				
総加入人員		100 人																				
条例定数	120 人																					
(○年4月1日現在)																						
実員	100 人																					
(○年4月1日現在)																						

- (注) 1 3部作成し、1部を控とし、2部を都道府県消防協会へ提出して下さい。
 2 送金完了後、送金日、送金方法を必ず記入して下さい。
 3 加入人員、条例定数及び実員は明確に記入して下さい。なお、条例定数及び実員は、加入日現在で記入して下さい。
 4 市町村欄には、消防団・消防本部(署)又は日本消防協会が認めた団体の公印を押印して下さい。
 5 新規(更新)加入の場合は1・3、追加(年度途中)加入の場合は2・3の欄に記入して下さい。

市 町 村	Ⓜ
-------------	---

都消 道府 県会	Ⓜ
----------------	---

日本 消防 協会	Ⓜ
----------------	---

協会印

記載例 5

(遺族援護金—事故による場合)

様式 8

加入口数		消防団員福祉共済金支払請求書兼領収書				書類提出年月日	
1 口						平成〇年〇月〇日	
<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 自衛消防隊員 <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		加入団体名	事務担当者		福祉課福祉係 福祉太郎
都道府県 市町村 加入者		4 8 0 0 1 0		虎ノ門消防団	同上所属		
財団法人 日本消防協会 殿				受取人の住所		東京都港区虎ノ門2丁目9番	
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・重慶障害見舞金・保育援護金の支払いを請求し、領収しました。(請求・領収項目は○印)				受取人の氏名		日消花子	
				加入者との続柄		妻	
消防職員		氏名		大正		この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。	
証明書		日消 一郎		〇年〇月〇日 年令〇〇(才)		平成〇年〇月〇日	
証 明 書		生年月日		昭和〇年〇月〇日		市町村長又は消防長・消防団長	
証 明 書		現職年月日		平成〇年〇月〇日 (現在階級 班長)		虎ノ門消防団	
証 明 書		退職年月日		平成〇年〇月〇日		(任命権者) 共落 一郎 医師	
証 明 書		補充加入 (該当に○印)		有・無 備考		この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。	
証 明 書		発生日時		平成〇年〇月〇日午前〇時〇分		事故状況のとおり相違ないことを証明する。	
証 明 書		発生日時		東京都港区虎ノ門1丁目5番地		市町村長又は消防長・消防団長	
証 明 書		発生日時		日撃者 福消 三郎		虎ノ門消防団	
証 明 書		事故または公務疾病の状況		上記の日時、場所において、本人の運転する乗用車が急に飛び出して来たのを避けようとハンドル操作を誤り街路樹に衝突し死亡した。尚、事故状況から見て本人の重大な過失はないものである。		(任命権者) 共落 一郎 医師	
証 明 書		受傷後の処置 (病院名・病院への移送方法等)				この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。	
証 明 書		直接死因		病名 (本病) 脳挫傷 (合併症)		平成〇年〇月〇日	
証 明 書		死亡原因		1 病死又は自然死・不慮の外因死 ②交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙・火災及び火焔による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 不詳の外因死 (9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳) 12 不詳の死		医療機関の名称及び住所	
証 明 書		発病年月日		平成〇年〇月〇日 (確認できないときは推定)		港区虎ノ門2丁目3 虎ノ門病院	
証 明 書		死亡年月日		平成 年 月 日 午前・時 分		医師氏名 山田 太郎	
証 明 書		本病		平成 年 月 日 虎ノ門病院		この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。	
証 明 書		合併症		平成 年 月 日		平成 年 月 日	
証 明 書		死亡場所 (主な既往症)		病名 (本病) 脳挫傷 (合併症)		医療機関の名称及び住所	
証 明 書		病名 (本病)		脳挫傷 (合併症)		医師氏名	
証 明 書		受傷年月日		年 月 日 初診 年 月 日 終診 年 月 日		既存障害 既往症	
証 明 書		初診時の病状及び経過				入院 入院平成 年 月 日 日 退院平成 年 月 日 日 期間 (平成 年 月 日現在引続き入院中)	
証 明 書		現在の状態の詳細				この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。	
証 明 書		障害機能回復の意見				平成 年 月 日	
証 明 書		傷病名		初診 年 月 日 終診 年 月 日		医療機関の名称及び住所	
証 明 書		第1回目入院		平成 年 月 日~退院 年 月 日 入院期間 日 (平成 年 月 日現在入院中)		平成 年 月 日	
証 明 書		第2回目入院		平成 年 月 日~退院 年 月 日 入院期間 日 (平成 年 月 日現在入院中)		医療機関の名称及び住所	
証 明 書		備考				医師氏名	
証 明 書		千 百 十 万 千 百 十 円		決定 審査決定 第2次審査 第1次審査		受 都道府県 消防協会	
証 明 書		遺族援護金				〇〇消防協会	
証 明 書		生活援護金				〇〇〇〇〇〇	
証 明 書		障害見舞金				受付	
証 明 書		入院見舞金				日本消防協会	
証 明 書		弔慰金					
証 明 書		重慶障害見舞金					
証 明 書		保育援護金					
証 明 書		計					

死亡年月日を記載すること。

この欄は医療機関(医師)が記載すること。

規約第23条に該当する事故の場合は、具体的に記載すること。交通事故の場合は「重大な過失」があるか調査し、なければ最後に「事故状況から本人の重大な過失はない」と必ず断定で記載すること。

任命権者とは
 請求者が団長 → 市長村長
 請求者が団員 → 団長
 請求者が消防長 → 市長村長
 請求者が消防職員 → 消防長
 請求者が協会職員 → 協会長

必ず押印

必ず押印

必ず押印

必ず押印

- (注) 1. この請求書兼領収書は、3部複写で作成し、1部を控とし、2部を都道府県消防協会へ提出して下さい。
- 2. 医師の証明は、日本消防協会提出分(1部)にし、市町村控の分、都道府県消防協会分には、その旨担当者で記入して下さい。
- * 受取人の欄は本人が記載し受取人が配偶者以外の場合は、戸籍謄本及び委任状が必要。
- * 事故状況書は事務担当者が本人並びに関係者から聴取して、5W1Hの記載要領で記載すること。
- * 医師の記載欄に代えて、同様事項を記載した医師の証明書を添付しても良い。(ただし、写しの場合には任命権者の原本証明が必要)

(弔慰金、保育援護金—未就学の被扶養者がいる場合)

様式 8

加入口数		消防団員福祉共済金支払請求書兼領収書				書類提出年月日	
1 口		加入登録番号				平成〇年〇月〇日	
<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 自衛消防隊員 <input type="checkbox"/> 消防職員 <input type="checkbox"/> 協会職員等 (該当に印)		都道府県 市 町 村 加入者 4 8 0 0 1 0		加入団体名 虎ノ門消防団		事務担当者 福祉課福祉係 同上所属 福祉太郎	
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 ・重度障害見舞金・ 保育援護金 の支払いを請求し、領収しました。(請求・領収項目は〇印)				受取人の住所 東京都港区虎ノ門2丁目9番 受取人の氏名 日消 花子 加入者との続柄 妻		請求年月日 平成〇年〇月〇日	
消防団員 氏名 日消 一郎 氏名フリガナ ニシノ イツヒロ 性別 男 生年月日 昭和〇年〇月〇日 現職年月日 平成〇年〇月〇日 (現在階級 班長) 退職年月日 平成〇年〇月〇日 補充加入 (該当に〇印) 有 無 備考		死亡年月日 平成〇年〇月〇日 (午前〇時〇分) (公務・公務外) 発生場所 東京都港区虎ノ門1丁目5番地 目撃者 福浦三郎 事故または公傷疾病の状況 上記の日時、場所において、本人の運転する乗用車が急に飛び出して来た猫を避けようとしてハンドル操作を誤り街路樹に衝突し死亡した。尚、事故状況から見て本人の重大な過失はないものである。 受傷後の処置 (病院名・病院への移送方法等)		この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。 平成〇年〇月〇日 市町村長又は消防長・消防団長 虎ノ門消防団 (任命権者) 共澤一郎 (印)		必ず押印	
死亡原因 種類 死亡原因 1 病死又は自然死・不慮の外因死 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙・火災及び火傷による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 不詳の外因死 (9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳) 12 不詳の死 発病年月日 平成〇年〇月〇日 (確認できないときは推定) 死亡年月日 平成〇年〇月〇日 午前・午後 〇時 〇分 本 病 虎ノ門病院 合併症 平成〇年〇月〇日 死亡場所 (主な既往症) 前気の場合は、死亡までの経過 不慮の事故の場合は、その前後の状態		死亡原因 種類 脳挫傷 (合併症) 発病年月日 平成〇年〇月〇日 (確認できないときは推定) 死亡年月日 平成〇年〇月〇日 午前・午後 〇時 〇分 本 病 虎ノ門病院 合併症 平成〇年〇月〇日 死亡場所 (主な既往症) 前気の場合は、死亡までの経過 不慮の事故の場合は、その前後の状態		この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。 平成〇年〇月〇日 市町村長又は消防長・消防団長 虎ノ門消防団 (任命権者) 共澤一郎 (印)		必ず押印	
傷病名 受傷年月日 初診年月日 終診年月日 第1回目入院 平成〇年〇月〇日 入院期間 日 (平成〇年〇月〇日現在入院中) 第2回目入院 平成〇年〇月〇日 入院期間 日 (平成〇年〇月〇日現在入院中)		傷病名 初診年月日 終診年月日 第1回目入院 平成〇年〇月〇日 入院期間 日 (平成〇年〇月〇日現在入院中) 第2回目入院 平成〇年〇月〇日 入院期間 日 (平成〇年〇月〇日現在入院中)		既存障害 既往症 入院 入院 平成〇年〇月〇日 退院 平成〇年〇月〇日 入院期間 平成〇年〇月〇日現在引続き入院中 この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。 平成〇年〇月〇日 医療機関の名称及び住所 港区虎ノ門2丁目3 虎ノ門病院 医師氏名 山田太郎		必ず押印	
遺族援護金 生活援護金 障害見舞金 入院見舞金 弔慰金 重度障害見舞金 保育援護金 世帯		千 百 十 万 千 百 十 円 決定 審査決定 第2次審査 第1次審査 決定 処 理		受 付 都道府県 消防協会 〇〇消防協会 〇〇.〇〇.〇〇 受付 日本消防協会		必ず押印	

死亡年月日を記載すること。

規約第23条に該当する事故の場合は、具体的に記載すること。
 交通事故の場合は「重大な過失」があるか調査し、なければ最後に「事故状況から本人の重大な過失はない」と必ず断定で記載すること。

この欄は医療機関(医師)が記載すること。

任命権者とは
 請求者が団長 → 市長村長
 請求者が団員 → 団長
 請求者が消防長 → 市長村長
 請求者が消防職員 → 消防長
 請求者が協会職員 → 協会長

(注) 1. この請求書兼領収書は、3部複写で作成し、1部を控とし、2部を都道府県消防協会へ提出して下さい。
 2. 医師の証明は、日本消防協会提出の分(1部)にし、市町村控の分、都道府県消防協会の分には、その旨担当者で記入して下さい。
 * 受取人の欄は本人が記載し受取人が配偶者以外の場合は、戸籍謄本及び委任状が必要。
 * 事故状況書は事務担当者が本人並びに関係者から聴取して、5W1Hの記載要領で記載すること。
 * 医師の記載欄に代えて、同様事項を記載した医師の証明書を添付しても良い。(ただし、写しの場合は任命権者の原本証明が必要)

記載例 6

(遺族援護金—疾病によるもの)

様式 8

加入口数		消防団員福祉共済金支払請求書兼領収書				書類提出年月日	
1 口						平成〇〇年〇月〇日	
<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 自衛消防隊員 <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		加入団体名		事務担当者	
		都道府県 市町村 加入者		虎ノ門消防団		福祉課福祉係 福祉太郎	
財団法人 日本消防協会 殿		480010		加入者の住所		東京都港区虎ノ門2丁目9番	
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・重度障 害見舞金・保育援護金の支払いを請求し、領収しました。(請求・領収項目は○印)		受取人の住所		受取人の氏名		請求年月日	
		東京都港区虎ノ門2丁目9番		日消二部 (親権者 消防花子)		平成〇〇年〇月〇日	
		長男		長男			
消防職団員		フリガナ ニッショウ イチノチ		大正		この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。	
証 明 書		氏名 日消 一郎		昭和		平成〇〇年〇月〇日	
		生年月日		昭和		〇年〇月〇日 年令 〇〇 (才)	
		押印年月日		平成		〇年〇月〇日 (現在所属 団員)	
		現職年月日		平成		〇年〇月〇日	
		退職年月日		平成		〇年〇月〇日	
		補充加入 (該当に○印)		有・無		備考	
事 故 状 況 書		発生日時		発生場所		公務・公務外	
						事故状況のとおり相違ないことを証明する。	
		事故または公務疾病の状況		(一般疾病の場合 記載必要なし)		平成 年 月 日	
		受傷後の処置 (病院名・病院への移送方法等)		記載例5と同じ		市町村長又は消防長・消防団長 (任命権者) 共浩一郎 (公印)	
死 亡 診 断 書		直接死因 病名(本病) 肺癌 (合併症)		(合併症)		この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。	
		死亡原因 種類		① 病死又は自然死・不慮の外因死 (2交通事故 3転倒・転落 4溜水 5 煙・火災及び火場による傷害 6窒息 7中毒 8その他) 不詳の外因死 (9自殺 10他殺 11その他及び不詳) 12不詳の死		平成〇〇年〇月〇日	
		発病年月日		平成 〇年 〇月 〇日 (確認できないときは推定)		医療機関の名称及び住所	
		死亡年月日		平成 年 月 日 午前・午後 〇時 〇分		港区虎ノ門2丁目 虎ノ門病院	
		本 病		平成 年 月 日 虎ノ門病院		医師氏名 山田太郎	
		合併症		平成 年 月 日		医師氏名	
		死亡場所		(主な既往症)		この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。	
		病気の場合は、死亡までの経過不慮の事故の場合は、その前後の状態				平成 年 月 日	
重度障害又は障害の経過並びに入院診断書		傷病名		受傷年月日		既存障害 既往症	
○症状固定後記入して下さい。		初診時の病状及び経過		初診 年 月 日 終診 年 月 日		入院 平成 年 月 日 日 退院 平成 年 月 日 日 (平成 年 月 日現在引続き入院中)	
○身体障害者手帳をお持ちの方は(厚)を添付して下さい。		現在の状態の詳細		(図示欄)		この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。	
		障害復旧 回復の意見				平成 年 月 日	
入 院 証 明 書		傷病名		初診 年 月 日 終診 年 月 日		この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。	
		第1回目入院 平成 年 月 日～退院 年 月 日 入院期間 日 (平成 年 月 日現在入院中)		平成 年 月 日		医療機関の名称及び住所	
		第2回目入院 平成 年 月 日～退院 年 月 日 入院期間 日 (平成 年 月 日現在入院中)		平成 年 月 日		医師氏名	
		備 考					
遺族援護金		千 百 十 万 千 百 十 円		決 定 額		受 都道府県 消防協会	
生活援護金						〇〇消防協会 〇〇,〇〇,〇〇 受付	
障害見舞金				決 定 額		付 日本消防協会	
入院見舞金							
弔 慰 金							
重度障害見舞金							
保育援護金							
計							

死亡年月日を記載すること。

必ず押印

必ず押印

必ず押印

(注) 1. この請求書兼領収書は、3部複写で作成し、1部を控とし、2部を都道府県消防協会へ提出して下さい。

2. 医師の証明は、日本消防協会提出の分(1部)にし、市町村控の分、都道府県消防協会の分には、その旨担当者で記入して下さい。

* 受取人が未成年の場合は、受取人氏名のあとに親権者又は後見人の署名捺印すること。

又、本人と受取人の関係がわかる戸籍謄本が必要。

受取人が複数の場合は代表を定め、他の者からの委任状を添付すること。

* 発病年月日が新規加入日以前の3年以内であれば支払わない場合があるので注意すること。

記載例7

(生活援護金・障害見舞金・入院見舞金・重度障害見舞金)

様式 8

加入口数 1 口		消防団員福祉共済金支払請求書兼領収書				書類提出年月日 平成〇年〇月〇日	
<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 自衛消防隊員 <input checked="" type="checkbox"/> 消防職員 <input type="checkbox"/> 協会職員等 (該当に印)		加入登録番号 都道府県 市町村 加入者 4 8 0 0 1 0		加入団体名 虎ノ門消防団		事務担当者 同上所属 福祉課福祉係 福祉太郎	
財団法人 日本消防協会 殿				受取人の住所 東京都港区虎ノ門2丁目		必須押印 受取人の氏名 日消 一 郎	
下記のとおり、生活援護金・生活保護金・障害見舞金・入院見舞金・弔慰金・重傷見舞金・保育保護金の支払いを請求し、領収しました。(請求・領収項目は印)				受取人の氏名 本人			
消防職員 氏名 日消 一 郎 生年月日 昭和〇年〇月〇日 大正〇年〇月〇日 年令 〇〇 (才)		現職年月日 昭和・平成〇年〇月〇日 退職年月日 平成〇年〇月〇日 退職理由 (現在階級 班長)		市町村長又は 消防団長 虎ノ門消防団 (任命権者) 英浩 一 郎 (印)		必須押印	
発生日時 発生場所 公費・公務外 目撃者		事故または 公務疾病の 状況 規約第23条に該当する場合…記載例5と同じ 一般疾病の場合は記載不要		市町村長又は 消防団長 虎ノ門消防団 (任命権者) 英浩 一 郎 (印)		必須押印	
死亡診断書 死因 種類 1 病死又は自然死・不慮の外国死 (2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5墮・火災及び火焔による傷害 6窒息 7中毒 8その他) 不詳の外国死 (9自殺 10他殺 11その他及び不詳) 12不詳の死		死亡年月日 平成 年 月 日 (確認できないときは推定) 死亡年月日 平成 年 月 日 午前・午後 時 分 本 病 平成 年 月 日 合 併 症 平成 年 月 日 死亡場所 (主な既往症) 病気の場合は、死亡までの経過 不慮の事故の場合は、その前後の状況		医師氏名 市町村長又は 消防団長 虎ノ門消防団 (任命権者) 英浩 一 郎 (印)		必須押印	
重度障害又は障害 の経過並びに 入院診断書 症状固定後記入 して下さい。 特に切断の場合は 、断骨部位及び 状態を明示し て下さい。 関節障害の場合は 、関節の運動 範囲を、視力障害 の場合は矯正 視力等をわかり やすく記入して 下さい。 身体障害者手帳 をお持ちの方は 写しを添付して 下さい。		傷 病 名 受傷年月日 〇年〇月〇日 初 診 〇年 月 日 終 診 年 月 日 初診時の病状 及び経過 具体的に記載 現在の 状態の詳細 (図示欄) 具体的に記載 手骨又は足骨を図示し 切断部を明確に記載		既存障害 既往症 入院 平成 年 月 日 退院 平成 年 月 日 期間 (平成 年 月 日現在引続き入院中)		医師氏名 山田 太 郎 (印)	
入院 証明書 傷 病 名 第1回目入院 平成 年 月 日 入院期間 〇 日 (平成 年 月 日現在入院中) 第2回目入院 平成 年 月 日 入院期間 日 (平成 年 月 日現在入院中)		傷 病 名 初 診 〇年 月 日 終 診 年 月 日 第1回目入院 平成 年 月 日 入院期間 〇 日 (平成 年 月 日現在入院中) 第2回目入院 平成 年 月 日 入院期間 日 (平成 年 月 日現在入院中)		医師氏名 山田 太 郎 (印)		必須押印	
生活保護金 障害見舞金 入院見舞金 弔 慰 金 重傷障害見舞金 保育保護金 計		決 定 額 審 査 決 定 第 2 次 審 査 第 1 次 審 査 決 定 額 処 理 欄		受 付 印 〇〇消防協会 〇〇.〇〇.〇〇 受 付		日本消防協会	

(注) 1. この請求書兼領収書は、3部複写で作成し、1部を控とし、2部を都道府県消防協会へ提出して下さい。
2. 医師の証明は、日本消防協会提出の分(1部)にし、市町村控の分、都道府県消防協会の分には、その旨担当者で記入して下さい。
3. ※印の欄は日本消防協会にて記入しますので記入しないで下さい。

* 医師の記載欄に代えて、同様事項を記載した医師の証明書を添付しても良い。
(ただし、写しの場合は任命権者の原本証明が必要)

未成年の子供が複数の場合

委 任 状

住所 福岡県福岡市 1 丁目 1 番地 1

福 祉 一 郎 (未成年)

(親権者) 住所 東京都港区虎ノ門 1 番地 1

火 災 花 子 印

私は、上記の者を代理人と定め、消防団員福祉共済金の受領に関する
権限を委任します。

平成 年 月 日

委任者 住所 東京都港区虎ノ門 1 番地 1

福 祉 次 郎 (未成年)

(親権者) 住所 東京都港区虎ノ門 1 番地 1

火 災 花 子 印

未成年の子供が複数の場合

委 任 状

住所 福岡県福岡市 1 丁目 1 番地 1

福 祉 一 郎 ㊞
(成 人)

私は、上記の者を代理人と定め、消防団員福祉共済金の受領に関する
権限を委任します。

平成 年 月 日

委任者 住所 東京都港区虎ノ門 1 番地
火 災 花 子
(未成年)

委任者 住所 東京都港区虎ノ門 1 番地 1
福 祉 次 郎
(未成年)

(親権者) 住所 東京都港区虎ノ門 1 番地 1
火 災 草 子 印

記載例10

様式1

○消協発第○○○号
平成○○年○○月○○日

日本消防協会会長 殿

都道府県消防協会
会長 福祉太郎 印

弔慰救済金の申請について

日本消防協会弔慰救済金給与規程により、下記のとおり弔慰救済金を申請いたします。

記

弔慰救済金の種別	所 属	階 級	氏 名
弔慰金	虎ノ門消防団	団員	消 防 協 太
合 計			1件

公務死亡証明書

所 属 ・ 階 級		(所属) 虎ノ門消防団		(階級) 団員	
氏 名 ・ 生 年 月 日		消 防 協 太	大 昭 平	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇 歳
現 住 所		東京都港区虎ノ門1-1-1△1			
消防団員 消防職員 としての 関 歴		〇〇年〇〇月〇〇日より 〇〇年〇〇月〇〇日まで			(階 級) 団 員 (勤続〇〇年〇〇月)
公 務 死 亡 の 概 況	日 時	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇時 〇〇分頃			
	場 所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地			
	本人の活動 状 況	詳細かつ具体的に記入してください			
	公務死亡の 原 因 〔 公務災害の認 定書の写しを 添付する 〕	詳細かつ具体的に記入してください			

記載例12

医療の状況		所定の様式による死亡診断書を提出する				
家族の状況	扶養家族 (戸籍謄本を添付する)	扶養家族の氏名	本人との続柄	生年月日	職業(在学中の場合は学校名)	学年
		消防 協子	妻	明・大 昭・平 △△・△△・△△	主婦	
		消防 協一	長男	明・大 昭・平 ◇◇・◇◇・◇◇	〇〇小学校	2年
				明・大 昭・平 . .		
				明・大 昭・平 . .		
				明・大 昭・平 . .		
				明・大 昭・平 . .		
				明・大 昭・平 . .		
弔慰金受領者の氏名及び年齢		消防 協子				〇〇歳

日本消防協会弔慰救済金給与規程による弔慰救済金の申請にあたり、上記のとおり証明する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

市町村長又は

虎ノ門消防団

消防長・消防団長

団長 虎之 門吉 (公印)

日本消防協会 審査結果	第 条第 項 号適用	円	担 当
----------------	------------	---	--------

障害の状態の証明書

所 属 ・ 階 級		(所属) 虎ノ門2消防団		(階級) 団員	
氏 名 ・ 生 年 月 日		消 防 協 男	大 昭 平	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇 歳
現 住 所		東京都港区虎ノ門1-1-1-1□1			
消 防 団 員 消 防 職 員 関 歴		としての		〇〇年〇〇月〇〇日より 〇〇年〇〇月〇〇日まで	(階 級) 団 員
				年 月 日より 年 月 日まで	
				年 月 日より 年 月 日まで	
				(勤続〇〇年〇〇月)	
受 傷 時 の	日 時	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇時 〇〇分頃			
	場 所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地			
	本 人 の 活 動 状 況	詳細かつ具体的に記入してください			

記載例14

概況	受傷の原因	〇〇の為				
障害の状態の程度及び医療の状況		公務災害認定書の写しを添付する。				
家族の状況	扶養家族 (戸籍謄本を添付する)	扶養家族の氏名	本人との続柄	生年月日	職業(在学中の場合は学校名)	学年
		消防 協美	妻	明・大 昭・平 △△・△△・△△	パート	
		消防 協次	長男	明・大 昭・平 ◇◇・◇◇・◇◇	〇〇小学校	1年
				明・大 昭・平 . .		
				明・大 昭・平 . .		
				明・大 昭・平 . .		
				明・大 昭・平 . .		
				明・大 昭・平 . .		
弔慰金受領者の氏名及び年齢		消防 協美				〇〇歳

日本消防協会弔慰救済金給与規程による障害見舞金の申請にあたり、上記のとおり証明する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

市町村長又は

虎ノ門2消防団

消防長・消防団長

団長 虎之 門介 (公印)

日本消防協会 審査結果	第 条第 項 号適用	円	担 当
----------------	------------	---	--------