別紙様式１１

（加入婦人消防隊等用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 婦人消防隊員等福祉共済共済金支払請求書 | 書類提出年月日 |
|  | 　　　年　月　日 |
|  | 市町村等名 |  | 事務取扱所属名 | TEL　　 |
|  | 加入婦人消防隊等名 |  |
|  |
|  | 公益財団法人　日本消防協会殿下記のとおり、弔慰金・重度障害見舞金・障害見舞金・入院見舞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 | 　　　年　月　日 |
|  | 婦人消防隊員等証明書 | フリガナ |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | 昭和 平成　　　年　　　月　　　日 | 年令（才） | 　この欄の記載は事実と相違ないことを証明します。　　年　　月　　日市町村等の首長又は消防長　　（任命権者等） 　　　　　印 |
|  | 氏　名 |  |
|  | 入隊年月日　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日退隊年月日　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | 備　　　考 |  |
|  | 事故状況書 | 発生日時 | 　　　年　　　月　　　日　　　　　　時　　　分 | 防災活動に従事中・防災活動に従事中以外 | 　事故状況のとおり相違ないことを証します。　　年　　月　　日市町村等の首長又は消防長　　（任命権者等）　　　　印 |
|  | 発生場所 |  | 目撃者　 |
|  | 事故または疾病の状況 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 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　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 |  |
|  | 弔慰金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 重度障害見舞金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 障害見舞金 |  |  |  |  |  |  |  |  | 決定処理欄 |  |  |  |  |
|  | 入院見舞金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 日本消防協会 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |