別紙様式１１

（加入女性防火クラブ等用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | 女性防火クラブ員等福祉共済　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 | | | | | | | |
|  | 加入女性防火クラブ等名 | | |  | | | |
|  |
|  | 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 | | | |
|  | <加入者> | フリガナ |  | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 昭和  平成  令和　　　年　　月　　日 | | | 年令  （才） | 左記のとおり証明します。  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> | 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 | |
|  | 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 |  |
|  |  | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |