

# 遺児給付金請求書

決定額

円

会員番号	0 1 2 3 4 5 6	学校番号	0 1 2 3 4
会員氏名	青森太郎	請求金額	750,000 円
死亡年月日	令和5年4月7日	死亡の原因	冠不全
遺児氏名	生年月日	年齢	会員との続柄
青森次郎	平成20年7月7日	14	子
青森夏子	平成25年8月8日	9	子
青森冬子	平成30年9月9日	4	子
	年月日		

上記のとおり請求します。

一般財団法人青森県教職員互助会理事長 殿

令和5年4月15日

(〒030 - 0123) (TEL 017 - 734 - ××××)

請求者 住所 青森市青森二丁目2-2  
氏名 青森花子  
被扶養者との続柄 母 )

受取口座	銀行	普通	当座
	互助信用金庫 青森支店	口座番号	
	信用組合	1 1 2 2 3 3 4	
		口座名義人カナ氏名 アオモリ ハナコ	

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和5年4月15日

(〒030 - 1234) (TEL 017 - 734 - ××××)

所属所在地 青森市青森一丁目1-1  
所属所名 青森市立青森小学校  
所属所長 職名 校長  
氏名 青森一郎

- 太枠内は記入しないでください。
- 会員が死亡したとき、その年度末に満18歳以下の被扶養者がいる場合、請求対象となります。
- 遺児の年齢は、会員死亡年月日現在の年齢を記入してください。
- この請求書を提出するときは、請求者の受取口座の通帳の表紙の写し等、口座番号を確認できるものを添付してください。
- この請求書に記載された個人情報は、業務を遂行するために利用するものであり、他の目的に使用することはありません。