

弔慰金給付請求書

加入番号		口数追加の有無	有 ・ 無
加入年月日	年 月 日	口数追加年月日	年 月 日
加入者	氏名	男 女	生年月日 年 月 日
	住所	障害者 との続柄	
障害者	氏名	男 女	生年月日 年 月 日
	障害の状況	1 知的障害（A ・ B） 2 身体障害（1級・2級・3級） 3 その他（ ）	
障害者の死亡年月日		年 月 日	
障害者の死亡の原因となった傷病名			

※弔慰金振込先記入欄（ただし、口座名義人は加入者に限る）

金融機関名	銀行 本・支店	預金種目	1 普通 2 当座 9 その他
口座	カナ		口座番号
名義人	漢字		金融機関コード

上記のとおり、弔慰金の給付を請求します  
年 月 日

(加入者)  
氏名 印

- 大阪府知事 様
- 添付書類
- 1 加入者の住民票の写し（加入者の氏名が知事に届け出ている氏名と異なる場合にあっては戸籍の抄本、外国人の場合にあってはこれに代わるべき書類）
  - 2 障害者の消除された住民票の写し（障害者の氏名が知事に届け出ている氏名と異なる場合にあっては除籍の抄本、外国人の場合にあってはこれに代わるべき書類）
  - 3 その他知事が必要と認める書類