別紙様式１１-１

（加入消防団等用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 公益財団法人日本消防協会　あて | 消防団員等福祉共済共済金支払請求書 | 書類提出年月日 |
|  | 令和　　 年月日 |
|  | ☑ 消防団員　□ 自主防災活動者□ 消防職員　□ 協会職員等（該当に✔印） | 加入登録番号 | 加入消防団等名 | 西予市消防団 | 事務取扱所属名 | 西予市消防本部℡：0894-62-4700 |
|  | 都道府県 | 市区町村 | 加入者 |
|  | **3** | **8** | **0** | **7** | **5** | **0** |  |  |  |  |
| **※受取人が複数人となる場合は別紙様式１１-２を併せてご使用下さい。** |
|  |

|  |
| --- |
| 請求区分（請求該当項目に〇印をつけてください。） |
|  | 遺族援護金 |  | 生活援護金 |  | 障害見舞金 |
| 〇 | 入院見舞金 |  | 弔慰金 |  | 弔慰救済金 |
|  | 重度障害見舞金 |  | 見舞金 |  | 保育援護金 |

 | 受取人の住所 |  |
|  | 受取人の氏名 |  ㊞ | 加入者との続柄 |  |
|  | 親権者又は後見人等(受取人が未成年等の場合) | 　　　　　　　　 ㊞ | 受取人との続柄 |  |
|  | 請求年月日 | 令和　　　　　年 　　　月 　　　日 |
|  | 消防職団員証明 | フリガナ |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 | 年齢 　歳 |  |
|  | 氏　名 |  |
|  | 拝命年月日　　　　　　　　 　　　 年　　 　月　　 　日現階級の承認年月日　　　　 　 　　年　　 　月　　 　日　　　（現在階級　　 　　）退職年月日　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | 補充加入（該当に○印） | 有　・　無 | 備考 |  |
|  | 事故状況 | 発生日時 |  | 公務　・　公務外 | 左欄の記載は事実と相違ないことを証します。令和　　　　　年　　　　月　　　　日市区町村長又は消防長・消防団長（任命権者）　　**西予市消防団** **団長　廣瀬　吉孝** 印 |
|  | 発生場所 |  | 目撃者　　 |
|  | 事故または公務災害の状況 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 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。

３．遺族援護金等請求時に受取人が複数となり、分割請求される場合、受取人の２人目以降は、別紙様式１１－２に記入して下さい。

**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 |  |
|  | 遺族援護金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 生活援護金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 障害見舞金 |  |  |  |  |  |  |  |  | 決定処理欄 |  |  |  |  |
|  | 入院見舞金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 弔慰金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 日本消防協会 |  |
|  | 弔慰救済金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 重度障害見舞金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 見舞金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 保育援護金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |