様式第12号

遺 児 激 励 金 請 求 書

請 求 金 額	円	決 定 額	※ 円	
所 属 所 名			所属所コード	
死 亡 者 氏 名 （会員氏名）			会 員 番 号	
死 亡 年 月 日	年 月 日			

遺児氏名及び 生 年 月 日	氏 名	生 年 月 日	満 年 齢	請 求 金 額
				円
				円
				円
				円

上記のとおり請求します。

秋田県教育関係職員互助会理事長　様

年　　月　　日

住　　所

請求者　フリガナ

氏　　名

（遺児との続柄　　）

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　　月　　日

〒　　（電話番号）

所属所所在地

所 属 所 名

所属所長職氏名　　職印

1　戸籍謄本を添付してください。

2　※印欄は記入しないでください。

3　請求に基づく給付金は、登録済の個人口座へ振り込まれます。

4　高等学校在学中の子については、在学証明書を添付してください。