第５号様式

大垣市交通災害共済見舞金・弔慰金請求書兼決定書

大垣市長　小　川　　敏　　様

次のとおり、交通災害を受けたので別紙関係書類を添え共済見舞金・弔慰金を請求します。

請求年月日	年　月　日	※年度受付連番号　号	※受理　年　月　日

共済見舞金・弔慰金請求書

交通災害を受けた会員			
会員証番号	※	共済有効期間　年　月　日～　年3月31日	
氏名	男・女	請求人・代理人又は保護者	□　左記と同じ 左記と異なる場合のみ記入してください。
生年月日　明・大 昭・平　年　月　日（　歳）		氏名	
住所	〒503-＿＿＿ アパートの名称 連絡先　電話　（　　）	会員との続柄	
事業所の名称（勤務先で加入の方のみ記入してください。）		住所	〒503-＿＿＿ アパートの名称 連絡先　電話　（　　）

交通事故の状況			交通車両		
事故発生日時	年　月　日　午前 午後　時　分ごろ		本人	歩行・自転車・バイク 車（普通・軽・大型）＿＿＿	
事故発生場所			相手	歩行・自転車・バイク 車（普通・軽・大型）＿＿＿	
事故発生状況		次の事項に該当する場合は記入してください。	1 飲酒運転 2 速度違反（　km） 3 無免許 4 その他		

添付書類	1. 共済会員証（提示書類）	2. 交通事故証明書 交通事故申立書	3. 診断書又は検案書

口座振替		
名称	銀行 金庫 農協　本 支　店	ﾌﾘｶﾞﾅ 請求人の口座名義　㊞
番号	普通 当座　号	㊟　代理人が受け取る場合は、委任状が必要です。

※　共済見舞金・弔慰金決定書

決裁区分	C　D	生活安全課	部長	課長	主幹	補佐	係長	係	上記請求書により共済見舞金・弔慰金を次のとおり決定してよろしいか。 年　月　日

支給決定額	百	十	万	千	百	十	円	支払基準	会員証確認者	減額支給
								等級	㊞	飲酒 無免許 速度 その他

受取人	住所	会員との続柄
	氏名	

※印の欄は記入しないでください。

見舞金の請求期限は事故発生の日から一年以内です。