

(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	
<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 自主防災活動者 <input type="checkbox"/> 消防職員 <input type="checkbox"/> 協会職員等 (該当に✓印)	加入登録番号			加入消防団等名	事務取扱所属名	TEL	
	都道府県	市区町村	加入者				

※受取人が複数人となる場合は別紙様式 1 1 - 2 を併せてご使用下さい。

請求区分 (請求該当項目に○印をつけてください。)				受取人の住所	
<input type="checkbox"/> 遺族援護金	<input type="checkbox"/> 生活援護金	<input type="checkbox"/> 障害見舞金	<input type="checkbox"/> 入院見舞金	<input type="checkbox"/> 弔慰金	<input type="checkbox"/> 弔慰救済金
<input type="checkbox"/> 重度障害見舞金	<input type="checkbox"/> 見舞金	<input type="checkbox"/> 保育援護金	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 証明書	フリガナ	男・女	生年月日	昭和 年 月 日	年齢 歳
	氏名			平成 年 月 日	
	拝命年月日	年 月 日	現階級の発令年月日	年 月 日 (現階級)	
	退職(団)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	年 月 日 () 時 分	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)
	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)へ提出してください。
 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ください。
 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 1 1 - 2 に記入してください。

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	日本消防協会
遺族援護金									決 定 処 理 欄						
生活援護金															
障害見舞金															
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															
計												印			