

決裁欄	事務局次長	係長	係員	取得日 昭平令 認定日	年	月	日	喪失日 平令	年	月	日		
					給付額決定年月日			平・令 年 月 日					
種別	算式						支給額						
甲慰金 家族甲慰金	(標準報酬月額) × <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1.0</td></tr><tr><td>0.7</td></tr></table> =						1.0	0.7	円				
1.0													
0.7													

○ 甲 慰 金 請 求 書  
○ 家 族 甲 慰 金

組 合 員 記 入 欄	組合員証	(記号) (番号)	氏名	
	所属所名称			
	標準報酬等級	第 級	標準報酬月額	円
	上記のとおり請求します。		住所	
令和 年 月 日		氏名		
請求者		組合員との関係		
大阪市職員共済組合理事長 あて		連絡先(電話番号)		
市 区 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明 欄	死亡者氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日
	性別	男・女	組合員との続柄	死亡年月日 平・令 年 月 日
	死亡場所			
	死亡原因 および その状況			
	非常災害により死亡したことを証明します。		職名	
令和 年 月 日		証明者		
		氏名		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				
令和 年 月 日		所属機関の長 又は所属所長	職名	
			氏名	

甲慰金を請求する場合は、遺族の順位を証明する書類の添付が必要となります。

