

共済見舞金請求書

No. _____

事故発生日	平成	年	月	日	午前 午後	時	分	ごろ
事故発生場所								
受 傷 者	住 所							
	氏 名							
	生 年 月 日	明・大・昭・平	年	月	日			
	請求者との続柄							
添付書類	・交通事故証明書 ・診断書 ・会員証							

上記により共済見舞金を請求します。

平成 年 月 日

所 沢 市 長 様

フリガナ

氏 名

印

決 定 書

市 長	副市長	部 長	次 長	課 長		リーダー	係

傷害の程度	治療期間	治療実日数
共済見舞金	等級	円
受 取 人	住 所	
	氏 名	
会 員 証 確 認 済	印	住 民 票 照 合 済
		印