様式第１０号（第４条関係）

学校医等公務災害補償葬祭補償請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 八頭町教育委員会　様 | | | | | 請求年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |
| 下記の葬祭補償を請求します。 | | | | | 請求者の住所氏名及び死亡者との続柄 | |  | | | | | | |
| ㊞ | | | | | | |
| 所属学校長の証明 | 学校医等の所属学校名 | |  | | 医師、歯科医師又は薬剤師としてのそれぞれの経験年数 | |  | | | 死亡者氏名及び生年月日 | | 年　　月　　日生 | |
| ※  業務上疾病の細分番号 | |  | | | | | 性別 | | 男　　　　　　　　　女 | | | |
| 負傷又は発病の年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | 死亡年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 上記に記載した事項は、事実と相違ないことを証明します。  　　　　　　年　　月　　日  所属学校長　氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 葬祭補償請求金額 | | | 円 | | | | | | | | | | |
| ※  受理年月日 | |  | | ※  決定年月日 | |  | | | ※  支払年月日 | |  | | ※  No. |

備考　請求者は、※印の欄には記入しないこと。