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。