

窓口に来られる前に記入をされるときには
太枠欄のみ記入をお願いします。
代理人が来られるときには、太枠欄を受傷者が
事前にご記入のうえ申請してください。

(様式第4号)

県民交通災害共済見舞金請求書

(市町村控用)

請求年月日	令和 年 月 日	照合※印は記入	
見舞金の種類	1 共済見舞金 2 身障見舞金	会員証	証・診 台帳
会員証番号	記号 第 号	相違理由等	
共済期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
事故発生日時	平成 年 月 日 午前 時 分頃	※	※
傷害の程度	死亡・傷害(日間) 身障 1級 2級	※	
住所	郡市 町村 (電話番号)	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>手続きが終了しましたら 電話連絡いたしますので 日中連絡の取れるお電話番号 を記入してください</p> </div>	
受傷者	氏名 (印)		
	生年月日 明大 昭平令 年 月 日 (歳)		
受傷者が未成年の場合	親権者 (請求人) (印)	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>市役所窓口に受傷者ご本人が来られない場合 窓口に来られる代理人の お名前の記入と押印、 それ以外は受傷者本人の お名前記入と押印となります。</p> </div>	
受傷者の死亡の場合	住所 (電話番号) 請求人 死者との続柄 氏名 (印)		
提示書類	あてはまるものに印 ○ 会員証 運転免許証 身体障害者手帳	照合者印	
添付書類	あてはまるものに印 ○ 1 交通事故証明書 2 診断書 3 事故申立書 4		
免責事項に関する調	上記の事故は、無免許および酒気帯び運転の事故でないことを申告します。 請求人氏名 (印)		

決 定

注 照合は市町村において行うこと。会員証は照合の後、会員に返還すること。

組合長	事務局長		主 務	市町村 決 定		課 長	補 佐	係 長		主 務	
見舞金額の認定	等級	○印	種 類	金 額	見舞金決定について意見	<p>上記の請求は、その内容を検討したところ、条例第11条に定める給付の制限のいずれにも該当するものでなく、また診断書の内容も正当なものであることを認める。</p> <p>令和 年 月 日 (市町村名・併任職員名)</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>					
	1		8等級以上の給付は要交通事故証明書	死 亡							100万円
	2			181日以上							30万円
	3			151日以上							25万円
	4			121日以上							20万円
	5			91日以上							15万円
	6			61日以上							10万円
	7			41日以上							8万円
	8			21日以上							6万円
	9		申立書	8日以上							3万円
10		3日以上		2万円							
身障見舞金			共済見舞金の支払いを受けた身体障害者1・2級該当者	50万円	事務 処 理			統 計	台 帳	支 払	

(注) 見舞金の請求期間は、事故の翌日から起算して2年以内です。

請求期限 年 月 日