互助様式集

徳島県民生委員児童委員協議会

（互助様式第２号）

（市区町村社協等→県社協等）

全国民生委員互助事業

㊦　給　付　金　申　請　書

市区町村社協等名			担当者氏名	

申請種別	ア．公務死亡	エ．一般死亡	カ．一般傷病	療養２カ月未満・療養２カ月以上
	イ．公務障害	オ．配偶者死亡	キ．災害見舞	居宅・居宅以外
	ウ．公務疾病		ク．退任慰労	９年未満・９年以上

会員氏名	ふりがな	男・女	年齢	満　歳
			民生委員在任延期間	年　カ月

遺族配偶者又は氏名		会続員との柄		傷病名 災害名	
住所					

上記のとおり関係書類を添えて申請します

平成　年　月　日

（県社協等 団体名）
（代表者名）　殿

（市区町村 社協等団体名）
（代表者名）　㊞

市区町村社協等使用欄	給付金受領方法	１．銀行振込　銀行　支店 口座番号　（普・当）№ ２．現金　受領者名

記入上の注意

１）記入にあたっては「全国民生委員互助事業取扱要領」をご参照ください。
２）「申請種別」は該当するものを○でかこんでください。
３）「公務死亡」「一般死亡」「配偶者死亡」を申請する際の「配偶者又は遺族氏名」の欄は給付金受給資格者を記載し、その順位は配偶者、子、父母、祖父母としてください。
４）受領者名は上記イ、ウ、オ、カ、キ、クにあっては会員本人とし、ア、エにあっては配偶者又は遺族とする。
５）申請書は原則として、市区町村社協等から県社協等へ㊦をご送付ください。

（互助様式第３号）

公 務 死 亡 状 況 説 明 書

下記の者が公務上死亡しましたのでその状況を説明します。

会員氏名（ふりがな）　　（男・女）満　　歳

住　　所

在任延期間　　年　　ヶ月

死 亡 原 因

死亡年月日　　平成　　年　　月　　日

状 況 説 明

平成　　年　　月　　日

単位民生委員
児童委員協議会名

会長（副会長）氏名　　㊞

（互助様式第４号）

公務傷害・公務疾病状況説明書

下記の者が｛公務上傷害を受け／公務に起因する疾病にかかり｝ましたのでその状況を説明します。

会員氏名（ふりがな）　　（男・女）満　　歳

住　　所

在任延期間

発病年月日

全治期間　平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日（　　日間）

（上記期間のうち入院　有り　平成　年　月　日～平成　年　月　日（　　日間）／入院　無し）

注）入院の有・無いずれかに○印のうえ、入院期間、日数を記入ください

傷　病　名

状況説明

平成　　年　　月　　日

単位民生委員

児童委員協議会名

会長（副会長）氏名　　㊞

（互助様式第５号）

一　般　死　亡　確　認　書

会員氏名（ふりがな）　　（男・女）満　　歳

住　　所

死亡年月日　　平成　　年　　月　　日

遺族氏名

（弔慰金受給資格者）

会員との続柄

上記の事項に相違ないことを確認します。

平成　　年　　月　　日

単位民生委員
児童委員協議会名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会長（副会長）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（互助様式第６号）

配　偶　者　死　亡　確　認　書

会員氏名（ふりがな）　　（男・女）満　　歳

住　　所

配偶者氏名

死亡年月日　　平成　　年　　月　　日

上記の事項に相違ないことを確認します。

平成　　年　　月　　日

単位民生委員
児童委員協議会名

会長（副会長）氏名　　㊞

（互助様式第７号）

一　般　傷　病　確　認　書

会員氏名（ふりがな）　　（男・女）満　　歳

住　　所

傷　病　名

全治期間　平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日（　　日間）

上記の事項に相違ないことを確認します。

平成　　年　　月　　日

単位民生委員
児童委員協議会名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会長（副会長）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（互助様式第８号）

退　任　確　認　書

会員氏名（ふりがな）　　（男・女）

住　　所

年　　齢　　満　　歳

退任年月日　　平成　　年　　月　　日

在任期間　　年　　カ月

上記の事項に相違ないことを確認します。

平成　　年　　月　　日

単位民生委員
児童委員協議会名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会長（副会長）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞