

特別遺族給付申請書

年 月 日

一般財団法人 地方競馬共済会理事長 殿

〒 □□□-□□□□

住 所

氏 名 ⑩

(TEL - -)

下記により特別遺族給付を受けたいので、特別給付規定第8条の規定に基づき申請します。

記

特別 会員 であ った 者	フリガナ		性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	氏 名					
	会員証 番 号		給付資格取得 年 月 日			年 月 日
	所 属	競馬場		調教師名		
申 請 者	病 名				死 亡 年月日	年 月 日
	死亡した 会員との 続柄	配偶者 ・ 子 ・ 父 ・ 母 ・ 孫 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 (該当事項を○で囲むこと)				
	給 付 金 振 込 先	金融機関名	口座番号		口座名義人	
支店		No.	フリガナ			
			氏 名			

(備考)

1. この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書を添付のこと。
2. 死亡した会員の死亡診断書または死体検案書を添付のこと。
3. 申請者が受給権を有することを証する戸籍謄本または除籍謄本を添付のこと。
4. 競走中等における事故に基づく旨を証する主催者の証明書を添付のこと。