

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

〒 ー
住 所
氏 名

印

特別遺族給付を受けたいので、一般財団法人地方競馬共済会特別給付規程第8条の規定に基づき申請します

特定 会 員 で あ っ た 者	フリガナ		性 別	男	生 年	年 月 日
	氏 名			女	月 日	
	会 員 証 番 号		受給資格取 得年月日		年 月 日	
	所 属	競馬場	調 教 師 名			
	傷 病 名		死亡年月日	年 月 日		
申 請 者	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 該当する続柄を○で囲むこと。				
	給 付 金 振 込 先	金融機関名	口座番号	名 義 人		
		支店		フリガナ		
			氏 名			

(添付書類)

1. この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
2. 死亡した会員の死亡診断書又は死体検案書
3. 申請者が受給権を有することを証する戸籍全部事項証明書又は除籍全部事項証明書
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