

様式第1号

災害見舞金請求書

発第 号

年 月 日

被災者	住所	熊本県	市郡	町村
	氏名			
傷害の程度 及び 見舞金請求額	死亡	年	月	日
	傷害	年	月	日 ~ (年 月 日間)
	等級	円		
添付書類	1. 交通事故証明書 2. 診断書(死体検案書) 3. 住民票の写し(死亡の場合世帯全員の住民票の写し) 4. その他組合長が必要と認める書類			
上記のとおり請求します。 平成 年 月 日 住所 氏名 印 被災者との続柄 熊本県市町村総合事務組合長 殿				
上記は事実と相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市町村長 印				

※ 査 定

見舞金額	等級	円	年月日

事故状況報告書

事故発生日時	平成 年 月 日 前後 時 分ごろ															
被害者	住所	市 町 郡 村														
	氏名	男 女				生年月日										
略 図 <div style="float: right; text-align: right;"> 自 車 他 車 </div>																
上記の説明																
免 許 証 (同乗者につい ては運転者 の)	種 類	大 型	普 通	大 特	自 二	小 特	原 付	けん 引	大 型 二	普 通 二	大 特 二	けん 引 二	軽	自 転 車	飲 酒 運 転	
	No.												有 ・ 無			
上記のとおり報告します。 平成 年 月 日 住所 町 村 番地 氏名 印 被害者との続柄 熊本県市町村総合事務組合長 殿																
上記は事実と相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市町村長 印																

診 断 書

受 傷 者	住 所		
	氏 名	男・女	年 月 日生(才)
傷病名及び受傷部位・態様			
受 傷 日	年 月 日	初 診 日	年 月 日
受傷の原因(交通事故が原因であることを明記して下さい。)			
初診から現在までの主要症状並びに治療内容			
入院治療 日間			
年 月 日～ 年 月 日			
通院治療	日間(うち治療実日数 日)	当該傷病の治療歴の有・無 (病院名:)	
年 月 日～ 年 月 日		治療	年 月 日～ 年 月 日
実通院治療日(○印をつけてください。)			
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日間
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日間
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日間
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日間
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日間
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日間
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日間
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日間

上記のとおり診断(証明)いたします。

年 月 日

所在地

病院名

Tel.

医師氏名

印

☆この診断書は熊本県市町村総合事務組合用です。同内容のものであれば貴院の様式でも差支えありません。

交通災害 共済制度



あなたも見舞金を受けられます!

事故当日、交通災害共済制度加入の市町村住民の方に支給されます

※くわしいことは市役所・町村役場におたずね下さい

掛金

個人の掛金はゼロ!!

(全額市町村費負担)

災害見舞金

区分	災害の程度	金額
1等級	死亡	100,000円
2 "	180日以上の治療を要した傷害	50,000円
3 "	90日	30,000円
4 "	30日	15,000円
5 "	10日	10,000円

(注)ただし、治療のない期間が30日を超える場合は、その期間を除き、その前と後の期間を合計した日数が対象となります。

交通事故とは

道路交通法等の法規による

●航空機、船舶、汽車、電車、モノレール、トロリーバス、自動車、原動機付自転車、自転車、その他の交通用具に起因し接触、衝突、脱線、転覆、転落等によって起った事故。

見舞金を支払わない場合

- 請求が事故発生の日から一年を経過したとき。
- 自殺、無免許運転、飲酒運転(量の多少を問わず)、故意、天災、その他これに類するもの。

交通事故にあったら

- 事故にあったら必ず警察に届出を!!
- 自動車安全運転センターの交通事故証明書の添付がないものはお支払いができませんのでご注意ください。

請求手続

1年以内に市役所・町村役場へ

1. 治療(入院・通院)がすんだら(長期の場合は、180日経過時点で)ただちに市役所・町村役場に申し出て、必要な書類を作成し請求してください。

2. 請求期限は事故発生の日から1年以内です。

【必要な書類など】

1. 災害見舞金請求書
2. 事故状況報告書
3. 印鑑
4. 自動車安全運転センターの交通事故証明書
5. 診断書[入院期間、通院治療した日(期間ではない)等を明記したもの。自賠責保険・共済に使用する診断書、診療報酬明細書のコピーでもよい。]
6. 住民票の写し(死亡の場合、本人の住民票除票及び世帯全員住民票の写し、並びに遺族の確認ができる戸籍謄本)



その他

不明な点につきましては市役所、町村役場にお尋ねください。

お問合せ先

津奈木町役場 総務課
電話 0966 - 78 - 3111
内線 214

※常時目につくところに貼って下さい。