

# 受給権消滅届

8桁の共济会  
会員番号を記入し  
てください

証書番号 (会員番号)								
2	6	2	9	-	9	0	0	1

フリガナ	マチノ	ハル
氏名	町野 ハル	

消滅事由	1.死亡 2.その他( )	消滅年月日	平成 27 年 12 月 31 日
------	------------------	-------	-------------------

死亡等受給権を  
失った日を記入し  
てください

上記の者に係る共济給付金を受ける権利が消滅したことにより、他に町村議会議員共济会定款第26条に定める共济給付金を受けるべき遺族がないので、届け出ます。

届出日を記入して  
ください

平成 28 年 1 月 5 日

(住所) 〒 888-8888  
神奈川県横浜郡あおば町字平前3-2

必ず捺印してくだ  
さい

(氏名) 街羽 奈津



上記の届け出は、事実と相違ないことを認める。

町村議会議員共济会会長 殿

証明した日を記入  
してください

平成 28 年 1 月 8 日

議長印を確認して  
ください

一番町 議会議長 共 济 太 郎



町村コード				
1	3	9	9	9

町村名	
一番町	