様式第４号（第６条関係）

年　　月　　日

　福岡県知事　殿

法人名　　　　　　　　　　印

代表者

担当者名

連絡先（電話）

保険金支払申請書

福岡県社会福祉施設等応援職員派遣支援事業補助金交付要綱６条の規定により加入した保険の対象となる者について、以下のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 | 請求内容（死亡・後遺障害、入院・通院、賠償責任、携行品損害から選択） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※本申請後の、保険会社への必要な書類の提出については、直接、保険会社と被保険者（又は法定相続人）の間で行います。