

同 一 生 計 維 持 証 明 書

死亡した職員	組 合 市町村名				
	(職名) 氏 名				
下記のとおりに生計関係にあったことを申立ていたします。					
同 一 生 計 維 持 者	続 柄	住 所	氏 名	同居の有 無	生活上の依存関係
上記のとおり相違ないことを証明する。					
年 月 日					
組合市町村長					印
山形県市町村職員退職手当組合長 殿					