

# 訴訟対応費用給付金支給申請書

## 給付

横浜市職員厚生会

職員番号							所属名	区・局	課
事由発生 年月日	年 月 日								

年 月 日

¥ \_\_\_\_\_

訴訟対応費用の給付を申請します。

横浜市職員厚生会長

会員住所 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

振込先 金融機関	銀行	支店	普通	口座番号							



申請理由 (別添でも可)									
事件番号	平成 令和	年 ( ) 第	号	裁判所名	裁判所				
他制度 (保険・共済等) への加入 有・無 (いずれかに○)									

申請額は住民訴訟又は民事訴訟で原告の請求の全部が棄却又は却下された場合は、対象経費の1/1、それ以外の場合は対象経費の1/2 (1,000円未満切り捨て) としてください。

注：横浜市職員厚生会会則第24条第3項各号に定める対象費用ごとの支出金額が分かる内訳書及び訴訟等の内容が分かる資料を添付してください。  
申請する訴訟等を対象として保険金や共済金が支払われる場合は、契約書及び既に支払われた額 (又は支払われる予定額) が分かる資料を添付してください。