

給付金申請書

FAX不可

郵送またはご持参下さい。

公益財団法人 鹿児島市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 殿

平成 年 月 日

の事由により下記の給付金を申請いたします。

*記入しないでください。

* 金額	千	円
------	---	---

入会 年月日	平成 年 月 日
会 員 番 号	

事業所名 _____

自宅住所 _____

連絡先 _____

申請者氏名 _____ (印)

申請者本人以外が給付金を受領する場合は、次の委任状に記入してください。

委 任 状	
私は、上記給付金の受領を _____ (印) に委任します。	
平成 年 月 日	
受取人が会員ご本人でない場合は、夫婦の場合でも 必ず委任状が必要となります。	委任者氏名 _____ (印)

口座振替の場合	振 込 依 頼 書	
	上記給付金の受領について、下記の口座に振り込んでください。	
	氏 名 _____ (印)	
	金融機関名	鹿児島銀行 その他の金融機関 ()
口座の種類	普通・当座・貯蓄	
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

【注】1. 金融機関名及び本・支店名の記載間違いの場合は、再振込手数料が必要となります。

以下は記入しないでください

会費納入 状況	平成 年 月分 まで納入済	担当者印
------------	------------------	------

データ 更新	平成 年 月 日	担当者印
-----------	----------	------

受 付 印

事務局長	主 任	担 当

全 労 済	決済日	平成 年 月 日
	申請日	※平成 年 月 日
	振込日	※平成 年 月 日
	振込日	平成 年 月 日

裏面もご記入ください。⇒

●給付申請内容（該当する項目を○で囲んでください。）

1 祝 金	01 結 婚		氏名			
	02 銀 婚 (満25年)	配偶者氏名 生年月日		平成・昭和 年 月 日	婚姻届出 年月日	平成 年 月 日
	03 成 人 (満20歳) * 会員ご本人の成人	氏 名	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
	04 還 暦 (満60歳)	氏 名	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
	05 出 産	出産児氏名	フリガナ		出 生 年月日	平成 年 月 日
	06 入 学 (会員の子の小・中学校)	入 学 者 氏 名	フリガナ		入 学 年月日	小・中 学校 平成 年 月 日
	07 勤 続 祝 金	勤続年数	満10年	満20年	満30年	満35年
	入社年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日				
2 死 亡 給 付 金	04 配 偶 者		フリガナ			
	05 父 母 (実・義・養・継)	死 亡 者 氏 名			死 亡 年月日	平成 年 月 日
	06 子 (妊娠7ヵ月以上の死産を含む)	性 別	男 ・ 女			
3 災 害 給 付 金 (同居家族の死亡)	氏名				会員との関係	

申請に必要な添付書類については、「ご利用の手引き」をご確認ください。