

記入例

*この用紙は、複写してお使いください。
(複写されましてもこの記入例は書きません。)

給付金請求書

請求金額はガイドブックのP5～6を
ご参照のうえ正しくご記入ください。

請求金額	¥ 2 0 0 0 0 0	円
------	---------------	---

公益財団法人金沢勤労者福祉サービスセンター給付規程に基づき、上記金額を請求します。
なお、給付金は下記事業所口座へ振り込むようお願いいたします。

【項目】該当するものに○をつけてください。

①結婚祝金 ②結婚記念祝金25年 ③出生祝金 ④入学祝金 ⑤還暦祝金
⑥永年勤続祝金 (a. 10年 b. 20年 c. 30年) ⑦傷病見舞金 (a. 14日以上 b. 30日以上 c. 60日以上 d. 90日以上 e. 120日以上)
⑧障害見舞金 ⑨災害見舞金 (a. 火災等 b. 自然災害 c. 同居親族死亡)
⑩死亡弔慰金 (a. 会員の親・配偶者の親 b. 会員の配偶者 c. 会員の子 d. 会員)

(あて先)
公益財団法人金沢勤労者福祉サービスセンター 理事長

令和 ○年 4月 20日

会員氏名 (請求者) **兼六園子** (兼六園子)

会員番号 **099990006**

会員本人がご記入ください。

給付事由

(該当する項目にご記入ください。)

結 婚・ 結 婚 念	配 偶 者	氏 名	犀川 流		死 亡 弔 慰 金	死亡者氏名	
		生年月日	昭・平	△年 10月 1日		死亡年月日	平・令 年 月 日
		入籍年月日	平・令	○年 4月 16日		死亡原因・病名	
出 生		出生児氏名	(男・女)		障 害 見 舞 金	原因・傷病名	
		生年月日	平・令	年 月 日		障害の等級	第 級
						症状固定日	平・令 年 月 日
入 学		入学者氏名			傷 病 見 舞 金	休業期間	平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日(日間)
		生年月日	平・令	年 月 日		傷 病 名	
		学 校 名	小学校			災害の種類	
還 暦		生年月日	昭 和	年 月 日	災 害 見 舞 金	発生日	平・令 年 月 日
						損害の程度	
永 年 勤 続		入社年月日	昭・平	年 月 日			

*結婚等で変更があった場合に記入してください。登録内容を変更いたします。

新しい姓	漢字 (犀川) フリガナ (サイガワ) 新会員証送付先…(1. 自宅 ② 勤務先 3. 退会予定のため不要)
新しい住所	〒 920-0000 (076) 000-xxxx 金沢市00町 △-△
登録家族 (ガイドブックP2参照)	配偶者を登録します。なお、それ以外の変更がある場合(同居する親の追加等)は、『変更届』(P11)を提出してください。

事業主証明および口座振込受諾書

上記の記入事項について証明します。また、給付金については当社の下記口座に振り込むことを受諾します。

事業所名	株式会社 勤労者サービス		事業主名	代表取締役 福利 豊
金融機関	○ ○	銀行	△ △	支店
預金種目	① 普通	口 座 番 号	フリガナ	カ) キンロウシャサービス
	2. 当座	0 0 9 8 7 6 5	口座名義	(株)勤労者サービス

*会員本人の死亡弔慰金・障害見舞金・災害見舞金の請求の場合、この他に提出書類がありますので、センターへ事前にご連絡ください。

受 付 印

*ご請求は、FAXまたは郵送で。

FAX : 076-234-7810

〒920-0022 金沢市北安江3-2-20 公益財団法人 金沢勤労者福祉サービスセンター ☎ 076-234-7871

事業主の証明を受けてください。
必ず代表者印を押印してください。

給付金は事業所の口座に振り込みます。
口座番号・名義等は正確にご記入ください。