

社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会会長 殿

下記のとおり、給付金を申請します。

施設・団体番号 <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	法人名	互助会福祉会		公印
	施設・団体名	ごじよほ一む		
	所在地	兵庫県神戸市中央区坂口通2-1*		
	電話番号	078-242-4***	担当者名	山田

【給付申請をする者】

加入者番号 <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>	加入者氏名 <input type="text" value="兵庫 福太"/>	<input type="text" value="印"/>
---	---	--------------------------------

【請求内容】

給付項目	事由発生日等			
<input type="checkbox"/> 傷病見舞金	休業開始日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 終了日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	備考 加入者が病気またはケガにより一ヶ月以上勤務を休んで療養したときにご申請ください。		
<input type="checkbox"/> 死亡弔慰金	死亡年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 加入者がなくなられた場合の遺族のご氏名 <input type="text"/>	亡くなられた方の続柄 <input type="checkbox"/> 1:加入者本人 2:配偶者 3:子・実父母		
<input type="checkbox"/> 災害見舞金	被災年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	備考 加入者が天災等の不可効力で生活の本拠である住居・家財が全半壊、全半壊等の損害を受けたときに罹災証明書とともにご申請ください。		
<input checked="" type="checkbox"/> 結婚祝金	婚姻届受理日 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	備考 退会後二ヶ月以内の結婚も給付対象です。また、氏名変更がある場合は、届出をお願いします。		
<input type="checkbox"/> 銀婚祝金	事由発生日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	備考 事由発生日は婚姻から25年(銀婚式)を迎えられた日です。		
<input type="checkbox"/> 出産祝金	出産年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	出産人数 <input type="text"/>	備考 2人以上出産された場合は、母子手帳のコピーなど証明書類を添付してください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 長期勤続者慰労金	事由発生日 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	該当番号 <input type="text" value="1"/> (右記から選んでください)	1.5年 2.10年 3.15年 4.20年	5.25年 6.30年 7.35年

↑ 申請する給付項目に"レ"を付けてください。