

# 給付金請求書

請求年月日	年 月 日
会員番号	- -

公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社給付規程に基づき下記のとおり請求します。

公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社 理事長 殿

〈請求者〉

給付種類	
請求金額	円

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代理人受領の場合はご記入下さい)

(電話) \_\_\_\_\_

○ 給付金の受領を代理人 \_\_\_\_\_ に委任します。

<h2>領 収 書</h2>	
年 月 日	
下記の給付金を受領いたしました。	
金額	_____ 円
受領者	_____ 印

○ 給付金が5万円以上の支給は口座振込となりますので、下欄に請求者名義の口座を記入してください。

金融機関	銀行・信用金庫							支店
口座種類	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

\* 請求時に必要な添付書類はガイドブック(給付事業)をご参照ください。

——— 給付事由 該当する事由に○をつけて、記入してください。 ———

1 祝金	① 結婚 ② 銀婚 ③ 金婚 ④ 二十歳(会員) ⑤ 還暦 ⑥ 出生 ⑦ 入学(小学校)	対象者名	
		対象日	年 月 日
2 通院見舞金	10回以上	対象日	年 月 日から 年 月 日まで
3 入院見舞金 (入院期間)	① 7日以上 ② 14日以上 ③ 30日以上 ④ 60日以上 ⑤ 90日以上 ( 日間)		傷病名
4 障害見舞金	障害程度等級 ( ) 級	認定(交付)日	年 月 日
5 住宅見舞金 (損失の程度)	① 全焼全壊 70%以上 ② 半焼半壊 40%以上 ③ 一部焼壊 20%以上 ④ 一部焼壊 20%未満 ⑤ 床上浸水 土砂流入	発生年月日	年 月 日
6 死亡弔慰金	① 会員本人 ② 配偶者 ③ 子 ④ 親	死亡年月日	年 月 日 ( 才)
	氏名		
7 退会せん別金	在会期間 5年3カ月以上	退会日	年 月 日

記載された個人情報、本申請の目的以外に利用いたしません。

注) 給付金の請求期限は、事由が発生した日から1年以内です。

事務局長	次 長	確認者	支 給

受 付 印	
-------------	--