

- |           |
|-----------|
| 1 結婚祝金    |
| 2 出産祝金    |
| 3 小学校入学祝金 |
| 4 中学校入学祝金 |
| 5 資格取得祝金  |
| 6 満50歳祝金  |

# 請求書

一般財団法人滋賀県民間社会福祉事業職員共済会理事長様

共済会受付印
--------

以下のとおり、給付金を請求いたします。

請求者	会員番号	フリガナ	加入年月日	共済会受付印	
		氏名	年 月 日		
*結婚等で氏名変更の場合は新姓でご記入ください					
振込先	金融機関名及びコード	支店名及び支店コード	普通預金口座番号	口座名義人(請求者本人に限る)	
	銀行 信用金庫 農協	支店(所)			フリガナ
	銀行等 コード	支店(所)コード			
				給付額	
1 結婚祝金	婚姻年月日 年 月 日	旧姓	配偶者氏名	20,000円	
2 出産祝金	出産年月日 年 月 日	子の名前	フリガナ	20,000円	
3 小学校 入学祝金	生年月日 年 月 日	子の名前	フリガナ	10,000円	
4 中学校 入学祝金	生年月日 年 月 日	子の名前	フリガナ	10,000円	
5 資格取得祝金	資格取得日 年 月 日	資格名、ランクがあるときはランクも記入 ( ) *資格を証明するもののコピーを添付してください		5,000円	
6 満50歳祝金	生年月日 年 月 日			10,000円	
共済契約者 又は施設長	上記のとおり相違ありません。			法人番号	
	住所(所在地) 法人名 (事業所名) 代表者名 電話番号	— — 印		事業所番号	

\*結婚及び出産につきましては、機関誌に氏名を掲載させていただきます。支障のある方は右箱に×印をしてください。

--

\*この用紙の請求項目は、全て会員期間1年以上が条件です。

\*FAXで受付けています。(FAX番号 077-524-0441) 印は鮮明に押印をお願いします。

\*お知らせいただいた個人情報、その利用目的の範囲でのみ利用します。

\*資格取得祝金対象資格名

- ・社会福祉主事 ・社会福祉士 ・介護福祉士 ・保育士 ・調理師 ・管理栄養士 ・介護支援専門員 ・精神保健福祉士
- ・看護師 ・社会福祉法人会計簿記 ・送迎バス用の中型又は大型運転免許 ・幼稚園教諭一種免許 ・幼稚園教諭二種免許
- ・衛生管理者 ・臨床心理士 ・認知症ケア専門士(更新は対象外) ・健康運動指導士(更新は対象外)

担当者名

TEL