

- 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

年 月 日

共 済 会 使 用 欄

理事長	事務局長	係

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 氏名	加入年月日	
		Ⓜ	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) 出張所 代理店		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		10,000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	— — Ⓜ		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) ・公認心理師

担当者名

TEL