様式第22号（退職共済規程第8条第3項第4号、第24条第2項、福利厚生事業に関する給付規程第14条第1項）

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 ＊結婚等で氏名変更の場合は新姓でご記入ください	加　入　年　月　日 年　　月　　日

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。 住所(所在地) 法　人　名 （事業所名） 代 表 者 名　　㊞ 電 話 番 号　　－　　－			法人番号 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は、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　・社会福祉法人経営実務検定　・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＿＿＿＿＿＿＿＿