

給付金申請書

年 月 日

一般社団法人 日野市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

申請者 会員番号 -

事業所名 _____

利用会員名 _____

申請者住所 _____ ☎ _____

下記のとおり給付事由が発生いたしましたので、関係書類を添えて、給付金の支給を申請します。

給付事由及び金額（該当項目の□に✓をつけてください。）※複数事由の一括申請ができます。

事 由		内 容				
祝 金	<input type="checkbox"/> 結 婚 20,000円 3-101	配偶者 氏 名	婚姻届出日	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 銀 婚 10,000円 3-106		銀 婚	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 珊瑚婚 10,000円 3-107		珊瑚婚 記念日	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 二十歳 10,000円 3-102	会員本人の 生年月日	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 還 暦 10,000円 3-103					
	<input type="checkbox"/> 出 生 10,000円 3-104	フリガナ				
		出生児 氏 名	出 生 日	年 月 日		
			男 女			
	<input type="checkbox"/> 小学校入学 5,000円 3-201	入 学 児 氏 名	入 学 日	2024年4月1日		
	<input type="checkbox"/> 中学校入学 5,000円 3-202					
<input type="checkbox"/> 高校入学 5,000円 3-203						
<input type="checkbox"/> 入院見舞 10,000円 2-117	病院名	☎ ()				
	期 間	年 月 日より 年 月 日まで (計 日間)				
弔 慰 金	<input type="checkbox"/> 配偶者 50,000円 1-201	死亡者名	利用会員 との続柄			
	<input type="checkbox"/> 親 10,000円 1-203					
	<input type="checkbox"/> 子 20,000円 1-202	死亡年月日	年 月 日			

給付金領収書

年 月 日

一般社団法人 日野市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

給付合計金額 円

※金額訂正の場合は、
訂正印の押印、ま
たは、改めて書き
直ししてください。

上記、申請の給付金、正に領収いたしました。

利用会員名

右記のものを代理人と定め、給付金の
受け取りを委任します。

代理人 (代理受取の場合のみ記入)

----- <サービスセンター処理欄> -----

証明書類 戸籍 マイナンバーカード 運転免許証
 健康保険証 母子手帳 婚姻届受理証明書
 入学通知書/学生証 その他 ()

扱者	担当
<input type="text"/>	<input type="text"/>

書類添付先 (No.)