

# 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

利用会員番号	会 員 番 号	構 成 員 番 号	利 用 会 員 名	
事業所名				
利用会員住所	☎ ( )			

つぎ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	<input type="checkbox"/> 結婚 20,000円 3110	配偶者氏名		婚姻届出日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 銀婚 10,000円 3106				
	<input type="checkbox"/> 珊瑚婚 10,000円 3107				
祝	<input type="checkbox"/> 成人 10,000円 3102	会員本人の生年月日	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 還暦 10,000円 3103				
金	<input type="checkbox"/> 出生 10,000円 3104	フリガナ	出生年月日	R 年 月 日	
		出生児氏名			
	<input type="checkbox"/> 小学校入学 5,000円 3201	入学児氏名	入学年月日	年 4月 1日	
<input type="checkbox"/> 中学校入学 5,000円 3202					
<input type="checkbox"/> 高校入学 5,000円 3203					
<input type="checkbox"/> 入院見舞 2020.4～ 10,000円 2020.3以前は別	2117 旧制度は別コード	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 1201	死亡者名		利用会員との続柄	
	<input type="checkbox"/> 親 10,000円 1203				
	<input type="checkbox"/> 子 20,000円 1202	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
--------	---

※金額訂正はできません。改めて書き直してください。

上記、申請の給付金、正に領収いたしました。

利用会員名	
代理人（代理受取の場合のみ記入）	

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。

----- <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・合格通知書/学生証  その他 ( )

扱者	担当

書類添付先 (No. )