

給 付 金 請 求 書

あて先 (公財)中央区勤労者サービス公社理事長 平成 年 月 日
 下記給付事由により、給付金を請求します。

金 額		十	万	千	百	十	円
					0	0	0

会員番号		会員氏名	
------	--	------	--

*会員死亡弔慰金請求の場合、会員氏名欄の印鑑は不要です。(自宅住所欄は請求者の住所を記入してください。)

会員死亡弔慰金の請求者氏名		印	会員との続柄
---------------	--	---	--------

自宅住所		〒	電話番号
------	--	---	------

窓口受領の場合	委任状 (受領を委任する場合) 給付金の受領を代理人 _____ に委任します。	受領書 平成 年 月 日 上記金額を受領しました。 受領者氏名 (委任の場合は委任された人)
---------	---	---

給付金を下記の口座に振り込んでください。

口座振込の場合	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫	本店・支店
	預金種目	1. 普通 2. 当座	口座番号
	フリガナ		*口座番号は右詰で記入してください。
	口座名義人		*振込手数料は請求者の負担となります。

祝 金	会員	1. 結婚	配偶者氏名	婚姻届出 年 月 日	年 月 日	
		2. 銀婚				
		3. 金婚	生年月日	年 月 日		
		4. 成人				
	子	1. 出産	出生児氏名	会員との続柄 ()	出生年月日	年 月 日
		2. 入学(小)	氏 名	会員との続柄 ()	学 校 名	小・中 学校
3. 卒業(中)		入学・卒業 年 月 日			年 月 日 入学・卒業	

死 亡 弔 慰 金	会員	在会年数	1. 1年未満 2. 1年以上 5年未満 3. 5年以上 10年未満 4. 10年以上	死亡日	年 月 日
	配偶者		1. 1年未満 2. 1年以上	死亡者氏名	会員との続柄 ()
	子				
	親				

見 舞 金 (会員)	障害	障害等級	1級 ・ 2級 ・ 3級 4級 ・ 5級 ・ 6級	手帳取得日	年 月 日	
	入院	1. 5日以上	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
		2. 10日以上				
		3. 20日以上	傷 病 名	病 院 名 電 話 番 号	年 月 日 年 月 日	
		4. 30日以上				
		5. 60日以上				
		6. 90日以上				
	住宅 災害	1. 全損(焼)	災害の種類		発 生 日	年 月 日
2. 半損(焼)		被 害 物 件				
3. 一部損(焼)						
4. 床上浸水						

*該当する箇所につけ、必要事項を記入・押印のうえ、給付事由を証明する書類を添付してください。
 *添付書類については、ガイドブック「レッツ中央ガイド」をご覧ください。

(公財)中央区勤労者サービス公社事業規則に基づき
給付金を支給することといたしたい。

事務局長	事務局次長	主 査	担 当

入 会 年 月 日
年 月 日

受 付 印