

給付金・助成金請求書

会 員 番 号		施 設 番 号	施 設 ・ 団 体 名	
請求種別 ※申請箇所に ☑をつけてく ださい。	死亡弔慰金	<input type="checkbox"/> 血族一親等(実父・実母・実子)※カッコ内は該当するものを○で囲んでください。		
	祝金	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産(子の名前:) ※多胎児出産の場合1子ごとに請求が必要です。	旧姓 記入欄	※氏名変更した場合に記入
	災害見舞金	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 風水雪害 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 噴火 <input type="checkbox"/> 落雷		
	傷病見舞金 ※①と②を記入ください。	<input type="checkbox"/> 傷病	①傷病名: ②休業期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	
研修助成金	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 公認心理師			
事由発生 年月日	年 月 日	被共済職員 となった日	年 月 日	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被共済職員番号 <input type="text"/></p> <p><small>※右につめて記入してください</small></p> <p>被共済職員氏名 ㊟</p> <p style="text-align: right;"><small>※氏名を変更した場合は新姓で記入・押印してください。</small></p> <p>一般社団法人 北海道民間社会福祉事業職員共済会会長 様</p>				
<p>上記のとおり事実相違ないことを認め証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所属法人等</p> <p>代表者 ㊟</p>				
事務担当者名および連絡先電話番号			受付印	
担当者氏名:				
電話番号 ()				
共済会使用欄				

※申請時の添付書類について

添付書類が必要な請求・・・災害見舞金、研修助成金

添付書類が不要な請求・・・死亡弔慰金、結婚祝金、出産祝金、傷病見舞金