

給付金・助成金請求書

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

本法人に所属する被共済職員からの委託により、給付金助成金を請求します。
尚、下記に示す請求に関わる内容は、事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

所属法人等

代表者
(施設団体長)



1. 被共済職員情報

| | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|----|-------|
| 被共済 職員番号 | | | | | | 氏名 | 旧姓記入欄 |
| | | | | | | | |

2. 請求種別および事由発生年月日 ※請求種別は該当箇所に☑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 <input type="checkbox"/> 資格取得 ※該当する資格を下記より選択ください。 | | |
| | <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"/> 精神保健福祉士 | <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 |
| 見舞金 | <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 傷病 | ①傷病名: | |
| | | ②休業期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 給付金 | <input type="checkbox"/> 介護休業 <input type="checkbox"/> 育児休業 | | |
| 資格研修 助成金 | <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 知的障害援助専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 認定介護福祉士 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 児童発達支援士 <input type="checkbox"/> 保健児童ソーシャル ワーカー <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長 <input type="checkbox"/> 社会福祉会計簿記 <input type="checkbox"/> 認定社会福祉士 | | |
| 事由発生 年月日 | 年 月 日 | 共済会 加入日 | 年 月 日 |

3. 請求施設団体 ※上記職員の所属施設団体をご記入ください。

| | | |
|----------|--|------------|
| 会員番号 | | 施設・ 団体名 |
| 施設番号 | | |
| 事務担当者氏名 | | 共済会受付印 |
| 電話番号 () | | |
| 共済会使用欄 | | |

(重要)全ての請求において、事由を証明する添付書類が必要です。詳しくは、ホームページ・事務の手引き等にてご確認ください。