

# 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"/> 卒業（小学校・中学校） ※カッコ内は該当するものを○で囲んでください。		
	<b>【資格取得】</b> ※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"/> 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"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 手話通訳士		
見舞金	①傷病名： <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 傷病		
	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"/> 社会福祉法人経営実務検定 <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。