第１５号様式

**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、事実に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 | □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 | □結婚　　□出産　　□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。 |
| 【資格取得】　※該当する資格を下記より選択ください。□社会福祉主事　　□社会福祉士 　□介護福祉士 　□保育士 　□介護支援専門員□精神保健福祉士 □管理栄養士　 □言語聴覚士 　□理学療法士 　□作業療法士□看護師　 □調理師　 □幼稚園教諭　 □公認心理師　 □保健師　 □手話通訳士 |
| 見 舞 金 | ①傷病名：□災害 □手術 □傷病　②休業期間：　 　年 月 日 ～ 　 年 月 日 |
| 給 付 金 | □介護休業　 □育児休業 |
| 資格研修　助 成 金 | □サービス管理責任者 □知的障害援助専門員 □介護福祉士実務者研修□認定介護福祉士 □主任介護支援専門員 □児童発達支援士 □保健児童ソーシャルワーカー □社会福祉施設長 □社会福祉法人経営実務検定 □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 |  |  |
| 事務担当者氏名電話番号　　　　　　　（　　　　　　　） | 共済会受付印 |
|  |
| 共済会使用欄 |

　　　（重要）全ての請求おいて、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。