⑥-１ 給付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金 額 | 円 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

公益財団法人　八尾市中小企業勤労者福祉サービスセンター給付規程に基づき、

⚠必須入力

⚠必須入力

　　　　　　　　　　　　　　　 の事由により上記の給付金を申請いたします。

⚠必須　入力してください。

⚠必須入力

⚠必須　入力してください。

選択してください

⚠必須入力

⚠必須入力

全角で

全角で

⚠選択

⚠必須 全角で入力ください。

￥全角数字のみ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和7年4月1日

　　（公財）八尾市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

--

--

---

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | | | | | | | | 住　　　所  氏　　　名　　　　　 　　　 　 印 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　　 生年月日　平成　　　　 　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日生

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　依　頼　書  　　　上記給付金の受領について、下記の口座に振り込んでください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　 　印 | | | | | | | | | |
| 金融機関名  ※正しく○印を囲んで下さい。 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　　　　　　　農協・信用金庫　　　　　　　　　　　　　　　支店 | | | | | | | | |
| 口座の種類 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | フリガナ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**※記載内容に相違のあった場合は、銀行手数料(800円＋消費税)を差し引かせていただきますのでご注意ください。**

**⚠申請者ご本人以外の口座への振込を依頼される場合は、必ず下欄にご記入ください。**

|  |
| --- |
| 委　　　任　　　状  　　私は、上記給付金の受領を　　　　　　　　 　　　　　　　　　　に委任します。  　　日付  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　氏　　名　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　　印 |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処 理 日 | 常務理事 | 事務局長 | 担　　 当 |  | 受　　　付　　　印 |
| ①  ②  ③ |  |  |  |  |
|

**●⑥-２に続く**※ご記入いただいた個人情報は、当センター事業に関する目的のみに利用し、他の目的には一切利用いたしません。

⑥-２ 給付申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 祝　　　金 | 01　結　　　婚 | 配偶者  氏名  生年月日 |  | 婚姻届出 年月日 |  |
| 02　結婚周年記念 |
| 03　二 十 歳 | 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 04　還　　　暦 | 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 05　出　　　産 | 出生児  氏　名 |  | 出生年月日 |  |
| 06　入　　　学  （会員の子/小・中学校） | 入学者  氏　名 |  | 学校名 |  |
| 入学年月日 |  |
| 死亡弔慰金 | 01　本人病気 | 死亡者　　　　　氏　名 |  | 死亡年月日 |  |
| 02　本人不慮の事故 |
| 03　本人交通事故 |
| 04　配　偶　者 | 死亡者　　　　　氏　名 |  | 死亡年月日 |  |
| 05　父　　　母 |
| 06　子（死産を含む） |
| 見　舞　金 | 01　後 遺 障 害 | 手帳取得　　年月日 |  | 身体障害者　　　手帳等級 |  |
| 02　傷 病 休 業 | 傷病名 |  | | |
| 休業期間 | **～** | | |
| 休業日数 |  | | |
| 入院期間 | **～** | | |
| 病院名 |  | | |
| ＴＥＬ |  | |

◎申請内容等、ご不明な点は、八尾市共済センター（TEL 072-991-5607）までお問い合わせください。

◎入学祝金（小・中学校）・成人祝金・還暦祝金・永年在会慰労金は、共済センターよりお知らせします。

※ご記入いただいた個人情報は、当センター事業に関する目的のみに利用し、他の目的には一切利用いたしません。

　周年

学校名入力

学校

級

※該当する欄のみ入力

--

--

--

--

--

--

--

--

---

--

--

--

--

－－

---

--

--

---

---

---

---

---

---

－－

---

---

---

---

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

---

－－

年 月 日

－－

年 月 日

－－

年 月 日

－－

年 月 日

－－

年 月 日

－－

年 月 日

年 月 日

－－

年 月 日

－－

年 月 日

－－

年 月 日

年 月 日

－－

年 月 日

－－

年 月 日