

吹田市勤労者福祉共済給付金給付申請（請求）書兼口座振込依頼書

No.

令和 年 月 日

吹 田 市 長 あて

申請（請求）者住所 **吹田市△○台2-1-3**

申請（請求）者氏名 **江坂 月子**

↑ 自署の場合は押印不要。自署の場合は捨署名もご記入ください。

〔 捨署名 **江坂 月子** 〕

下記のとおり吹田市勤労者福祉共済による給付金について申請します。給付決定後は請求金額を下記の口座に振り込んでください。

|                   |  |   |          |          |   |   |   |
|-------------------|--|---|----------|----------|---|---|---|
| 申請及び請求金額（※金額訂正無効） |  | 十 | 万        | 千        | 百 | 十 | 円 |
|                   |  |   | <b>1</b> | <b>0</b> | 0 | 0 | 0 |

|               |          |                        |          |          |                |          |          |          |          |                |
|---------------|----------|------------------------|----------|----------|----------------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| 被共済者番号        | <b>5</b> | <b>5</b>               | <b>5</b> | <b>5</b> | <b>5</b>       | -        | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>2</b>       |
| 1 結 婚 祝 金     | 配偶者氏名    |                        | 届出年月日    | 年        | 月              | 日        | 配偶者生年月日  | 年        | 月        | 日              |
| 2 出 産 祝 金     | 出産児氏名    |                        | 出産年月日    | 年        | 月              | 日        |          |          |          |                |
| 3 入 学 祝 金     | 入学者氏名    | <b>江坂 美羽</b>           | 入学年月日    | 令和××年    | 4月             | 1日       | 続柄       | 子・本人     | 種別       | 小・中・高・大        |
| 4 災 害 見 舞 金   | 災害年月日    | 年                      | 月        | 日        | 居住被災家屋         | 従業員寮・その他 | 状況       |          |          |                |
| 5 傷 病 見 舞 金   | 欠勤期間     | 年                      | 月        | 日～       | 年              | 月        | 日        | 欠勤日数     | 日間       | *事業主は入院期間・入院日数 |
| 6 重度障害見舞金     | 等級       | 1級・2級                  | 負傷発病年月日  | 年        | 月              | 日        | 治癒年月日    | 年        | 月        | 日              |
| 7 死 亡 弔 慰 金   | 死亡者氏名    |                        | 死亡年月日    | 年        | 月              | 日        | 続 柄      |          |          |                |
| 8 永年勤続慰労金     | 勤続年数     | 10・15・20・25・30・35・40 年 | 就職年月日    | 年        | 月              | 日        |          |          |          |                |
| 9 退 会 せ ん 別 金 | 退会年月日    | 年                      | 月        | 日        | 被共済者となった日(加入日) | 年        | 月        | 日        |          |                |

捨 印



同一印で押印。スタンプ印・シャチハタ不可。

代表者

捨 印



上記記入事項に誤りのないことを証明します。

令和××年 **4月 30日**

企 業 名

**すいた株式会社**

所 在 地

**吹田市○○町1-1**

代表者氏名

**吹 田 太 郎**

↑ 自署の場合は押印不要。自署の場合は捨署名もご記入ください。

〔 捨署名 **吹田 太郎** 〕

|              |                         |                     |
|--------------|-------------------------|---------------------|
| 振 込 先 口 座 ※1 | 預金種別                    | <b>普通</b> ・ 当座 ・ 貯蓄 |
| 銀 行 名        | ○×○× <b>銀 行</b><br>信用金庫 | 口座番号                |
| 支 店 名        | △△ <b>支 店</b><br>出張所    | フリガナ<br>口座名義        |
|              |                         | <b>0123567</b>      |
|              |                         | <b>エサカ ツキコ</b>      |
|              |                         | <b>江坂 月子</b>        |

※1 上記口座へ初めて振込依頼をする場合は、必ず通帳等（金融機関名・支店名・預貯金種別・口座名義・口座番号を確認できるもの）の写しを添付してください。