

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 _____

申請（請求）者氏名 _____ 印

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
						0	0	0

被共済者番号										—									
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	性別										
3 入 学 祝 金	入学者氏名				入学年月日	年	月	日	続柄	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	年	月	日											

同一印で押印。スタンプ印・シヤチハタ不可。

上記記入事項に誤りのないことを証明します。

令和 年 月 日 企業名 _____

所在地 _____

代表者氏名 _____ 印

↑ 自署の場合は押印不要※1

代表者捨印

※1 自署の場合は捨署名↓

〔 捨署名 〕

振込先口座※2			
預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄		
銀行名	銀行 信用金庫	口座番号	
支店名	支店 出張所	フリガナ 口座名義	

※2 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。

添付書類： 次に掲げる書類のうちいずれか1つ、または、該当事項を証明する書類を必ず添付してください。すべて写し可。

また、当該口座へ初めて振込依頼をする場合は、併せて通帳等（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。（過去の申請で記入したことのある口座を記入する場合は不要です。）

結 婚 祝 金	戸籍謄（抄）本・婚姻届受理証明書
出 産 祝 金	戸籍謄（抄）本・出生届受理証明書・母子手帳(出生届出済のページ)
入 学 祝 金	就学通知書・在学証明書・生徒手帳（事実確認ができるページ）
災 害 見 舞 金	被災証明書
傷 病 見 舞 金	傷病名及び欠勤（入院）期間の明記された医療機関の証明書
重度障害見舞金	吹田市勤労者福祉共済所定診断書または労災保険診断書
死 亡 弔 慰 金	被共済者死亡 戸籍謄（抄）本 ※ <u>戸籍については、死亡事実及び</u> 配偶者死亡 戸籍謄（抄）本 <u>申請者との続柄のわかるものが</u> 父母・子死亡 戸籍謄（抄）本 <u>必要。</u> 死 産 死産証明

(注意事項)

- 1 金額は算用数字ではっきりと記入してください。金額の訂正はできません。
- 2 振込先は被共済者本人名義の口座に限ります。
- 3 訂正事項のある場合は必ず訂正印を押印してください。
- 4 スタンプ印・シャチハタは不可。
- 5 消せるボールペン(フリクションボール等)は使用できません。