

給付金請求書

受付日

一般財団法人北九州市教職員互助会理事長 様 下記給付請求内容のとおり給付金を請求します。

記入日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	係	受付日
所属名	北九州市立 _____ 学校		
(フリガナ) 請求者氏名	_____ (印)	職員番号	_____
(会員死亡時のみ) 遺族氏名	_____ (印)	会員との続柄(_____)	
振込口座 (請求者本人名義)	福岡銀行	(支店名)	(預金種目)
	_____	支店	普通預金
	口座番号(右づめ)	口座名義(カナで記入)	

1 請求金額 _____ 円

2 給付の種類 ※給付金請求書1通につき1種類(1件)のみ請求可 ※請求期間は事実発生日から3年以内

10	傷病見舞金 (5,000円)	<input type="checkbox"/> 30日以上 <input type="checkbox"/> 90日以上 <input type="checkbox"/> 1年以上	期間	始	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
		傷病名		終	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
39	入学祝金 (5,000円)	子氏名	生年月日	平成	_____ 年 _____ 月 _____ 日
40	リフレッシュ助成金	<input type="checkbox"/> 10年(10,000円) <input type="checkbox"/> 30年(15,000円) <input type="checkbox"/> 20年(10,000円)	入会日	昭和・平成	_____ 年 _____ 月 _____ 日
21	障害見舞金 (50,000円~150,000円)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 _____ 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 _____ 級	交付日	令和	_____ 年 _____ 月 _____ 日
25	死亡弔慰金	<input type="checkbox"/> 本人(100,000円) <input type="checkbox"/> 本人(公務)(150,000円) <input type="checkbox"/> 配偶者(20,000円) <input type="checkbox"/> 父母・子(8,000円) <input type="checkbox"/> 扶養家族(8,000円) <input type="checkbox"/> 死産(5,000円)	死亡日	令和	_____ 年 _____ 月 _____ 日
		死亡者氏名			
37	結婚祝金 (10,000円)	配偶者氏名	婚姻日	令和	_____ 年 _____ 月 _____ 日
		請求者の旧姓(改姓時のみ)			
38	出産祝金(10,000円)	子氏名	出産日	令和	_____ 年 _____ 月 _____ 日

3 証明・添付書類 ※添付書類はコピーで可。詳細は「互助会のしおり」や当会ホームページで確認してください。

所属長証明	傷病見舞金 入学祝金 リフレッシュ助成金	請求記載事項に相違ないことを証明します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 所属 所属長	職印
添付書類	障害見舞金	身体障害者手帳/精神障害者保健福祉手帳の写し(交付日、級が確認できるもの)	
	死亡弔慰金	【配偶者・父母子】①死亡の証明書類(死亡診断書)②続柄の証明書類(請求者の戸籍証明書) 【扶養家族】①と共済組合被保険者証の写し【死産】死産届・証書 【本人】本人死亡記載の戸籍謄本	
	結婚祝金	①~④から1点	①戸籍証明書②婚姻届の受理証明書③【婚姻の届出をしない場合】住民票(同一世帯で続柄(未届)記載のあるもの)④パートナーシップ宣誓書受領証
	出産祝金	①~④から1点	①出生証明書②戸籍証明書③【請求者が世帯主の場合のみ】住民票 ④母子手帳の「出生届出済証明」ページ ※「出産の状態」ページは受付不可

*戸籍証明書:戸籍抄本(個人事項証明)、戸籍謄本(全部事項証明)、改製原戸籍など

この用紙に記入された個人情報は、法令・条例および互助会個人情報保護規程にもとづき適正に運用、管理します。
 互助会が得た個人情報を、目的外に使用すること、第三者に提供することはありません。