

常務理事	局長	局次長	係員	

慶弔金受給申請書

記入日 西暦 年 月 日

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会 会長
下記のとおり、慶弔金について申請します。

施設番号		代表者印(公印)
施設・団体名		
代表者名		

加入者番号		加入者氏名	
-------	--	-------	--

結 婚			
事象発生日	西暦 20 年 月 日	※入籍日を記入してください。	
配偶者氏名カナ		配偶者氏名漢字	
氏名変更ありの場合レ点チェック	☐	氏名変更を伴う場合は、この「慶弔金受給申請書」とあわせて様式第16号の「氏名変更届」を提出してください。この「慶弔金受給申請書」は「新しい姓」で提出してください。	

出 産			
事象発生日	西暦 20 年 月 日	※出産日を記入してください。	
今回出産した子の人数		人	第何子であるか
			子
子の性別			
子の名前			
※多子出産の場合は、母子手帳の写しを添付してください。お子様1人につき1枚、この届出を作成し、提出してください。			

本 人 死 亡 (遺族の方が記入する欄です)			
事象発生日	西暦 20 年 月 日	※死亡日を記入してください。	
郵便番号			
住所			
申請者氏名カナ			申請者印
申請者氏名漢字			
加入者との続柄			

振 込 先			
銀行コード		銀行名	
支店コード		支店名	
口座番号	普通 ・ 当座 (いずれかに○)		※口座番号は右詰めでご記入ください。
口座名義カナ			

※ 支給を受ける権利は、その対象となる事実が発生した日から、5年経過した場合、時効によって消滅しますので、ご注意ください。

※ 名義相違等で振込が実行できなかった場合、金融機関の振込訂正手数料を施設・団体様にご負担いただきますので、ご注意ください。