

(様式 第8号)

会 長		副 会 長		局 長		局 次 長		係 員		
--------	--	-------------	--	--------	--	-------------	--	--------	--	--

休 職 ・ 停 職 等 届

年 月 日

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会会長 様

施設・団体名

代 表 者 名

印

下記の加入者が休職・停職をするのでお届けします。

施設・団体 コード					加入者番号	
--------------	--	--	--	--	-------	--

フリガナ				
氏 名				
休職・停職開始月	元号コード 5	年	月	から掛金納付を停止します
休(停)職の理由	☐ 産・育休 ☐ 病休 ☐ 介護 ☐ その他			
	※その他の場合には理由を具体的にご記入下さい。			
備 考				

(様式 第9号)

会 長		副 会 長		局 長		局 次 長		係 員		
--------	--	-------------	--	--------	--	-------------	--	--------	--	--

休職・停職等の復職届

年 月 日

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会会長 様

施設・団体名

代 表 者 名



下記の加入者が復職したのでお届けします。

施設・団体 コード					加入者番号																					
フリガナ																										
氏 名																										
復 職 開 始 月	元号コード	5		年		月		から掛金納付を再開します																		
給 与 月 額 (本 俸)	万 円																									
職 種				職種コード																						
<table><tr><td></td><td></td></tr></table>						<table><tr><td>0 1 施設長</td><td>0 9 調理員</td></tr><tr><td>0 2 指導員</td><td>1 0 事務員</td></tr><tr><td>0 3 保育士</td><td>1 1 介助員</td></tr><tr><td>0 4 介護職員</td><td>1 2 ホームヘルパー</td></tr><tr><td>0 5 医師</td><td>1 3 施設職員でその他の職種</td></tr><tr><td>0 6 看護師</td><td>1 4 社会福祉協議会職員</td></tr><tr><td>0 7 訓練指導員</td><td>1 5 福祉団体職員</td></tr><tr><td>0 8 栄養士</td><td>1 6 法外施設職員等</td></tr></table>					0 1 施設長	0 9 調理員	0 2 指導員	1 0 事務員	0 3 保育士	1 1 介助員	0 4 介護職員	1 2 ホームヘルパー	0 5 医師	1 3 施設職員でその他の職種	0 6 看護師	1 4 社会福祉協議会職員	0 7 訓練指導員	1 5 福祉団体職員	0 8 栄養士	1 6 法外施設職員等
0 1 施設長	0 9 調理員																									
0 2 指導員	1 0 事務員																									
0 3 保育士	1 1 介助員																									
0 4 介護職員	1 2 ホームヘルパー																									
0 5 医師	1 3 施設職員でその他の職種																									
0 6 看護師	1 4 社会福祉協議会職員																									
0 7 訓練指導員	1 5 福祉団体職員																									
0 8 栄養士	1 6 法外施設職員等																									

注意事項 給与月額(本俸)の欄には、復職時給与月額(本俸)を記入すること。

(様式 第10号)

会 長		副 会 長		局 長		局 次 長		係 員		
--------	--	-------------	--	--------	--	-------------	--	--------	--	--

加 入 者 異 動 届

年 月 日

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会会長 様

下記の加入者が異動したので連名でお届けします。

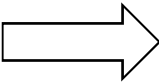
旧施設・団体コード

旧 施 設	施設・団体名	
	代表者名	印
	電話	

新施設・団体コード

新 施 設	施設・団体名	
	代表者名	印
	電話	

転出年月日
令和 年 月 末日



転入年月日
令和 年 月 1日

旧 施 設 記 入 欄				新 施 設 記 入 欄									
	貸付金 有無	加入者番号	フリガナ	貸付 書類 提出	職 種 コード		職 種	給与月額(本俸)					
			加入者氏名										
1	有・無			有・無						万			円
2	有・無			有・無						万			円
3	有・無			有・無						万			円
4	有・無			有・無						万			円
5	有・無			有・無						万			円

転入時の新施設給与月額(本俸)を適用して掛金等を決定します。

- 【注意】 1. 貸付有で給与天引きされている方が異動する場合、事前に必ず共助会へお電話を下さい。
2. 異動届は新旧両施設の手続きが完了しないと、掛金の請求先が変更されませんのでご注意ください。

加入者異動承認書

平成 年 月 日

様

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会長 印

下記の加入者が異動したことを承認します。

新施設		新施設・団体コード		転入年月日	
施設・団体名					
代表者名					

フリガナ 氏名	加入者番号	生年月日	性別	月額算定時の 標準報酬の月額	掛金 $\frac{50}{1000}$	加入者負担金 $\frac{2}{1000}$

旧施設		旧施設・団体コード		転出年月日	
施設・団体名					
代表者名					

共助会加入日付		施設掛金累計額	

会計処理をして下さい。

折 曲 厳 禁

会 長		副 会 長		局 長		局 次 長		係 員		
--------	--	-------------	--	--------	--	-------------	--	--------	--	--

共助会共済報酬月額算定基礎届

年 月 日

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会会長 様

下記のとおり、共済報酬月額算定基礎届を提出します。

施設・団体名

施設・団体コード

代 表 者 名

印

電 話 番 号

加入者番号	氏 名 変更がある場合下欄に記載して下さい。	給与月額 万 円	現在の状態 変更がある場合のみ下欄に記載して下さい。
退職、休職、転出	() ()	万 円	職種コード 職種名
退職、休職、転出	() ()	万 円	職種コード 職種名
退職、休職、転出	() ()	万 円	職種コード 職種名
退職、休職、転出	() ()	万 円	職種コード 職種名
退職、休職、転出	() ()	万 円	職種コード 職種名
退職、休職、転出	() ()	万 円	職種コード 職種名
退職、休職、転出	() ()	万 円	職種コード 職種名
退職、休職、転出	() ()	万 円	職種コード 職種名

給与月額合計 万 円

注意事項

- にはボールペンで記入すること。
- 加入者番号の下段の (退職、休職、転出) には、
該当者があれば ☒ 印を記入のこと。
- 枠外の給与月額合計にはこの用紙に記入した加入者の
算定時の給与月額の合計を記入のこと。

職種コード

- | | |
|----------|----------------|
| 01 施設長 | 09 調理員 |
| 02 指導員 | 10 事務員 |
| 03 保育士 | 11 介助員 |
| 04 介護職員 | 12 ホームヘルパー |
| 05 医 師 | 13 施設職員でその他の職種 |
| 06 看護師 | 14 社会福祉協議会職員 |
| 07 訓練指導員 | 15 福祉団体職員 |
| 08 栄養士 | 16 法外施設職員等 |

(様式 第13号)

共助会掛金および加入者負担金決定通知書

平成 年 月 日

様

共助会共済報酬月額算定基礎届に基づき、掛金および加入者負担金を決定したので通知します。

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会会長

印

氏 名	加入者番号	改定年月日	本俸給与	等級	標準給与	掛金	加入者負担金	職 種
合 計								

(様式 第14号)

会 長		副 会 長		局 長		局 次 長		係 員		
--------	--	-------------	--	--------	--	-------------	--	--------	--	--

年 月 日

共助会脱退届および退職一時金等受給(生活資金貸付金の相殺)申請書

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会会長 様

下記のとおり、共助会を脱退し、退職一時金等の給付および生活資金残額のある場合は相殺を申請します。

施設・団体コード

--	--	--	--

施設・団体名

代 表 者 名

電 話 番 号

印

加入者番号	(フリガナ) 加入者氏名	印	生年月日
			元号コード 3 昭和 4 平成

退職年月日	脱退理由	給付の種類
元号コード 5 年 月 日	01.定年 02.施設都合 03.自己都合 04.死亡 05.退会	02.退職一時金 04.遺族一時金 05.退会給付金

申 請 者	申請者氏名 (本人または遺族)	加入年月日			貸付金の有無
	郵便番号	S H R	年	月	有 ・ 無 どちらかに○
	住 所				
	電話番号	申請者が遺族の場合、 右欄に押印のこと。			
	加入者との続柄	生年月日 (遺族のみ記入)		印	

退職区分	生活扶助	現住所と同一	その年の1月1日現在の住所
一般 障害	有 無	現住所と異なる	

振 込 先 金 融 機 関	銀行コード	銀行名	銀行・農協・労金 信用金庫・信用組合
	支店コード	支店名	普通預金
	口座番号	口座名義人(フリガナ)	

会 長		副 会 長		局 長		局 次 長		係 員		
--------	--	-------------	--	--------	--	-------------	--	--------	--	--

氏 名 変 更 届

年 月 日

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会会長 様

施設・団体名

代 表 者 名

印

下記の加入者の氏名に変更があったのでお届けします。

施設・団体 コード					加入者番号	
--------------	--	--	--	--	-------	--

フリガナ	
変更前の氏名	
フリガナ	
変更後の氏名	
変更年月日	元号コード 5 年 月 日
変更理由	

(様式 第19号)

会 長		副 会 長		局 長		局 次 長		係 員		
--------	--	-------------	--	--------	--	-------------	--	--------	--	--

事業主名称等変更届

年 月 日

公益社団法人千葉県社会福祉事業共助会会長様

施設・団体名

代表者名

印

次のとおり変更したのでお届けします。

施設・団体 コード				
--------------	--	--	--	--

変更事項		変更年月日		変更後	
1 名称の変更	法人	令和	年 月 日		
	施設・団体	令和	年 月 日		
2 所在地の変更	法人	令和	年 月 日		
	施設・団体	令和	年 月 日		
3 代表者の変更	法人	令和	年 月 日		
	施設・団体	令和	年 月 日		
4 電話・FAX番号の変更	法人	電話		FAX	
	施設・団体	電話		FAX	
5 口座名義変更の有無					
有 ・ 無					

会 長		副 会 長		局 長		局 次 長		係 員		
--------	--	-------------	--	--------	--	-------------	--	--------	--	--

年 月 日

共助会慶弔金受給申請書

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会会長 様

下記のとおり、給付を申請します。

施設・団体名
施設・団体コード
代 表 者 名
電 話 番 号

印

加入者番号	(フリガナ) 加入者氏名	印	生年月日
			元号コード 年 月 日 3 昭和 4 平成

慶弔年月日	給付の種類	慶弔内容
元号コード 年 月 日 5	11.結 婚 12.出 産 21.本人死亡	結 婚 配 偶 者 氏 名 配 偶 者 生 年 月 日 出 続 柄 産 子 の 名 前 本人死亡 死亡時の 年 齢

申 請 者	申請者氏名 (本人または遺族)		
	郵便番号		
	住 所		
	電話番号		
	加入者との続柄	生年月日 (遺族のみ記入)	印

振 込 先 金 融 機 関	銀行コード	銀行名	銀行・農協・労金 信用金庫・信用組合
	支店コード	支店名	普通預金
	口座番号	口座名義人(フリガナ)	

※弔慰金申請時には死亡診断書の写しと戸籍の添付をお願いします。

会 長		副 会 長		局 長		局 次 長		係 員		
--------	--	-------------	--	--------	--	-------------	--	--------	--	--

年 月 日

共助会災害見舞金受給申請書

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会会長 様

下記のとおり、給付を申請します。

施設・団体名

施設・団体コード

--	--	--	--

代表者名

電話番号

印

加入者番号	(フリガナ) 加入者氏名	印	生年月日
			元号コード 年 月 日 3 昭和 4 平成

り災年月日	り災状況区分
元号コード 年 月 日 5	31. 自己所有の住宅の全焼・全壊ならびにこれに準ずる程度のもの 32. 自己所有の住宅の半焼・半壊ならびにこれに準ずる程度のもの 33. (借家・借間等の場合) 動産の全部の焼失ならびにこれに準ずる程度のもの 34. (借家・借間等の場合) 動産の大半の焼失ならびにこれに準ずる程度のもの

申 請 者	申請者氏名 (本人)															
	郵便番号															
	住 所															
	電話番号															
振 込 先 金 融 機 関	銀行コード	銀行名														
	支店コード	支店名														
	口座番号	口座名義人(フリガナ)														

銀行・農協・労金
信用金庫・信用組合

普通預金

り災証明書

加入者番号		施設・団体名	
加入者氏名			
現	住	所	
市町村長、 消防署長、 又は警察署 長の証明	り災者氏名		
	り災の場所		
	り災の原因		
	り災状況 〔番号を○ で囲んで ください。〕	1. 自己所有の住宅の全焼・全壊ならびにこれに準ずる程度のもの	
		2. 自己所有の住宅の半焼・半壊ならびにこれに準ずる程度のもの	
		3. (借家・借間等の場合) 動産の全部の焼失ならびにこれに準ずる程度のもの	
		4. (借家・借間等の場合) 動産の大半の焼失ならびにこれに準ずる程度のもの	
その他			
上記のとおり証明する。			
令和 年 月 日			
証明者		職 名 氏 名	印
公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会			
会 長		様	