

結婚の場合

|      |    |     |    |
|------|----|-----|----|
| 常務理事 | 局長 | 局次長 | 係員 |
|      |    |     |    |

慶弔金受給申請書

記入日 西暦 20×× 年 1 月 1 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   | 0 0 0 0    | 代表者印(公印)<br>社会福祉法人千葉県<br>福祉会理事長之印 |
| 施設・団体名 | (特養) 千葉みなと |                                   |
| 代表者氏名  | 千葉 花子      |                                   |

|       |        |       |       |
|-------|--------|-------|-------|
| 加入者番号 | 000000 | 加入者氏名 | 共済 正子 |
|-------|--------|-------|-------|

|                 |                                     |                                                                                   |       |
|-----------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 結 婚             |                                     |                                                                                   |       |
| 事象発生日           | 西暦 20 ×× 年 1 月 1 日                  | ※入籍日を記入してください。                                                                    |       |
| 配偶者氏名カナ         | キョウサイ ジロウ                           | 配偶者氏名漢字                                                                           | 共済 次郎 |
| 氏名変更ありの場合レ点チェック | <input checked="" type="checkbox"/> | 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                                                     | ※外国籍の方はカタカナで記入してください。アルファベットでは申請ができません。 |                |         |  |   |      |  |
| ※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  | 0 0 0 0        | 銀行名           | 共済銀行               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支店コード  | 0 0 0 /        | 支店名           | 共済中央               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座番号   | 普通・当座 (いずれかに○) | 1 2 3 4 5 6 7 | ※口座番号は右詰めでご記入ください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義カナ | キョウサイマサコ       |               |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ 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。

|      |    |     |    |  |
|------|----|-----|----|--|
| 常務理事 | 局長 | 局次長 | 係員 |  |
|      |    |     |    |  |

出産の場合

慶弔金受給申請書

記入日 西暦 20×× 年 1 月 1 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   | 0 0 0 0    | 代表者印(公印)<br>社会福祉法人千葉県<br>福祉会理事長之印 |
| 施設・団体名 | (特養) 千葉みなと |                                   |
| 代表者氏名  | 千葉 花子      |                                   |

|       |        |       |       |
|-------|--------|-------|-------|
| 加入者番号 | 000000 | 加入者氏名 | 共済 正子 |
|-------|--------|-------|-------|

|                 |                          |                                                                                   |  |
|-----------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> | 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 1 月 1 日                      | ※出産日を記入してください。 |            |
| 今回出産した子の人数                                               | 1 人                                     | 第何子であるか        | 1 子 子の性別 女 |
| 子の名前                                                     | 葉子                                      |                |            |
|                                                          | ※外国籍の方はカタカナで記入してください。アルファベットでは申請ができません。 |                |            |
| ※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  | 0 0 0 0        | 銀行名           | 共済銀行               |
| 支店コード  | 0 0 0 /        | 支店名           | 共済中央               |
| 口座番号   | 普通・当座 (いずれかに○) | 1 2 3 4 5 6 7 | ※口座番号は右詰めでご記入ください。 |
| 口座名義カナ | キョウサイマサコ       |               |                    |

※ 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。

|      |    |     |    |  |
|------|----|-----|----|--|
| 常務理事 | 局長 | 局次長 | 係員 |  |
|      |    |     |    |  |

本人死亡の場合

# 慶弔金受給申請書

記入日 西暦 20×× 年 1 月 1 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   | 0 0 0 0    | 代表者印(公印)<br>社会福祉法人千葉県<br>福祉会理事長之印 |
| 施設・団体名 | (特養) 千葉みなと |                                   |
| 代表者氏名  | 千葉 花子      |                                   |

|       |        |       |       |
|-------|--------|-------|-------|
| 加入者番号 | 000000 | 加入者氏名 | 共済 正子 |
|-------|--------|-------|-------|

|                 |                          |                                                                                   |  |
|-----------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> | 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       |
| 子の名前                                                     | ※外国籍の方はカタカナで記入してください。アルファベットでは申請ができません。 |                |         |
| ※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 1 月 1 日  | ※死亡日を記入してください。 |  |
| 郵便番号                   | 1 2 3 - 4 5 6 7     |                |  |
| 住所                     | 千葉県千葉市中央区千葉みなと9-8-7 |                |  |
| 申請者氏名カナ                | キョウサイ サブロウ          | 申請者印<br>共済     |  |
| 申請者氏名漢字                | 共済 三郎               |                |  |
| 加入者との続柄                | 夫                   |                |  |

|        |                |               |                    |
|--------|----------------|---------------|--------------------|
| 振 込 先  |                |               |                    |
| 銀行コード  | 0 0 0 0        | 銀行名           | 共済銀行               |
| 支店コード  | 0 0 0 /        | 支店名           | 共済中央               |
| 口座番号   | 普通・当座 (いずれかに○) | 1 2 3 4 5 6 7 | ※口座番号は右詰めでご記入ください。 |
| 口座名義カナ | キョウサイサブロウ      |               |                    |

※ 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。