

--	--	--	--	--	--

川崎市勤労者福祉共済給付金請求書

年 月 日

(あて先) 川 崎 市 長

会員番号 _____

住 所 _____

電話番号 _____

会員氏名 _____ 印

(遺族氏名 _____ 印)

次のとおり、給付金を請求します。

給付金の種類	1 成人祝金 2 結婚祝金 3 出産祝金 4 入学祝金 5 傷病見舞金 6 弔慰金 7 災害見舞金	※コード
請求金額	十 万 万 千 百 十 円 _____ _____ _____ 0 0 0	※コード
給付事由者の対象	会 員 ・ 家 族 (氏 名 _____) (本人との続柄 _____)	※コード
給付金事由発生日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	

委 任 状

受 任 者 所 在 地 _____

事業所名 _____

事業主又は代表者名 _____ 印

上記の者を代理人と定め、当該給付金の受領に関する権限を委任します。

(あて先) 川 崎 市 長

年 月 日

委 任 者 住 所 _____

_____ 印

(遺族氏名 _____ 印)

- 注 1 請求に必要な証明書類を添付してください。
 2 給付金の種類は該当する番号を○で囲み、請求1件につき、請求書1枚を作成してください。
 3 金額欄は算用数字ではっきり記入してください。金額の訂正はできません。
 4 給付事由発生日から1年以内に請求してください。
 5 ※印欄は、記入しないでください。