

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

川崎市勤労者福祉共済給付金請求書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

(請求者) 会 員 番 号 _____
 住 所 _____
 電 話 番 号 _____
 会 員 氏 名 _____
 (遺 族 氏 名 _____)

次のとおり、給付金を請求します。

給付金の種類及び給付事由対象者等 (該当数字に○印)

- 1 20歳祝金 (本人)
- 2 結婚祝金 (本人) 配偶者氏名 _____
- 3 出産祝金 (本人・配偶者) 出生児氏名 _____
- 4 入学祝金 (本人の子) (1) 小学校 入学者氏名 _____
 (2) 中学校 入学者氏名 _____
- 5 傷病見舞金 (本人) 欠勤期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
 (1) 8日以上30日未満
 (2) 30日以上90日未満
 (3) 90日以上
- 6 弔慰金 (本人・家族) (1) 本人の場合、受取遺族の続柄 _____ 氏名 _____
 (2) 家族の場合、本人との続柄 _____ 氏名 _____
- 7 災害見舞金 (本人) (1) 全焼、全壊又は流出
 (2) 半焼又は半壊

給付事由発生日	年	月	日	※コード		
請求金額	十 万	万	千	百	十	円
			0	0	0	

委 任 状

受 任 者 所 在 地 _____
 事 業 所 名 _____
 事 業 主 又 は 代 表 者 名 _____

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。

(宛先) 川崎市長

年 月 日

(委任者) 住 所 _____
 会 員 氏 名 _____
 (遺 族 氏 名 _____)

注1 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。
 注2 請求に必要な証明書類を添付してください。
 注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。
 注4 給付事由発生日から1年以内に請求してください。
 注5 ※印欄は、記入しないでください。