

岩手県社会福祉協議会会長 様

慶弔見舞金給付申請書

下記のとおり慶弔見舞金の給付を申請します。

※ 申請の際は、確認書類（写し可）を必ず添付してください。

会 員	会員番号							
	0 0 1 0							
	氏名	フリガナ イワテ フクコ			性別	1.男		
		岩手 福子				②.女		
	慶弔事由発生・開始年月日				終了年月日※			
	元号	年	月	日	元号	年	月	日
	令和	5	10	25				
	慶弔理由							
	出産のため							0 2

施 設 ・ 団 体	施設団体コード							
	9 1 0 0 0							
	法人	(法人名) 岩盛福社会						
		(代表者氏名) 理事長 岩手 太郎						
	施設	(施設名) いわて苑						
所在地	郵便番号 020-0831							
	盛岡市三本柳8-1-3							
	電話番号	019-637-4466		FAX番号	019-637-4255			

(弔慰金を申請する場合)

相 続 人	フリガナ	印	会員との関係

(記入上の留意)

- 1 給付申請は、事由発生日から1年以内に行ってください。ただし、長期療養は、事由発生日から1か月経過後1年以内となります。
- 2 終了年月日は、療養に対する見舞金の請求以外は記入の必要はありません。