

※受付番号（記入不要）：

様式第9号（第23条関係）

年 月 日 請求

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。

| | | | | | | | | | |
|------|------|------|---|---|----|--------------|-------|---|---|
| 会 | 会員番号 | | | | 性別 | 1.男 | | | |
| | | | | | | 2.女 | | | |
| 員 | 氏名 | フリガナ | | | | 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 |
| 慶弔理由 | | | | | | コード | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|---------|------------------|--|-------|--|--|--|
| 施設・団体 | 施設団体コード | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 法人 | (法人名) (代表者氏名) | | | | | |
| | 施設 | (施設名) | | | | | |
| | 所在地 | 郵便番号 | | | | | |
| 電話番号 | | | | FAX番号 | | | |

(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)

- 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。
- 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。