**給付申請書兼受領書**

公益社団法人

八王子市勤労者福祉サービスセンター　殿

**署名欄はすべて自署してください。窓口で現金受領の際は、免許証など受領者の本人確認のできる書類をご持参ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  | 入会申込日 | 西暦 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 事業所名 |  | 資格発生日 | 西暦 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 所在地 |  | 会員氏名（自署） |  |
| 代表者名 | ㊞ | 自宅住所 |  |
| 給付事由が下記のとおり発生したので、証明書類を添付し申請します。 |
| **給付事由**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | **給付金額**　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 委任状私は　　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）上記給付金受領の一切を委任します。　　　申請者氏名　　　　　（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受領を委任する場合） | 受領書上記のとおり受領しました。西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　受領者氏名　　　　 （自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（委任の場合は委任された人） |
| **給付事由内容** | ※該当する事由に○をつけ、記入してください（１事由につき１枚使用) |
| 祝金 | 結婚銀婚サンゴ婚 | （ふりがな）配偶者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 婚姻届出日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 配偶者生年月日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 出生入学 | （ふりがな）子の氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員との続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　） | 子の生年月日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 出生 | 出産者名 |  |
| 入学 | 学校名 |  |
| 満20歳還暦 | 生年月日 | 西暦　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| 見舞金 | 傷病休業 | 傷病名 |  | 医療機関名 |  |
| 休業期間 | 西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日～西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日　延べ　　　　日間 |
| 弔慰金 | 親死亡子死亡配偶者死亡 | 死亡者氏名 |  | 死亡年月日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 年齢 | 歳 | 続　柄　 | （ 　　　　　　　　　） |

※注意事項

・正会員の死亡弔慰金、死亡保険金、重度障害・後遺障害保険金を請求する場合は、給付申請書兼受領書のフォーマットが異なります。

当該事由が発生した場合は、必要書類を郵送いたしますので、やまゆりセンターまでご連絡ください。

受付日

・窓口の受付時間は、月曜日～金曜日(祝日は除く)までの８：３０～１７：００まで。

・申請期間は、給付事由が発生した翌日から３年以内です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 専務理事 | 事務局長 | 係 | 確認 | 入力 | 受付・本人確認者 | 本人確認方法 |
|  |  |  |  |  |  |  | １　運転免許証２　ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ３　健康保険証４　その他　（　　　　　　　　　） |