互助会給付金申請書

NO.

令和　　年　　月　　日

神奈川県美容業生活衛生同業組合互助会 御中

支部名　　支部長名　　印

美容室名

ID番号　　互助会員名

下記給付金の申請を致します。

項　目		内　　要	
1. 慶　事	事　由	イ・叙位、叙勲、褒賞　ロ・大臣賞　ハ・県民功労賞　ニ・卓越技能賞 ホ・永年功労金　ヘ・その他（　　） ト・祝い金（米寿 ・ 傘寿　生年月日　　生）	
		〇添付書類（ホ・ト）生年月日がわかるもの（保険証・免許証等のコピー）	
2. 見　舞	疾　病	病 名	
	災　害	状 況	
3. 弔　慰	対 象 者	イ.互助会員名（氏名　　）　ロ.配偶者（氏名	
	◎対象者　ロ配偶者については　**①香典**又は　**②弔花**　を給付しました（①又は②に〇を付けてください）		
	弔花届先	住 所	
		式場名	

（備考）

福祉共済　（加入 ・ 未加入）

KBK記入欄

理事長印	理事印	事務局印

受付日　令和　　年　　月　　日

給付金　¥

¥

合計　¥

（振込日）　　月　　日

（注）1. 申請する項目（1～3）及び該当項目に〇印を付してください。
2. 災害見舞金は市町村が発行する証明書を添付して下さい。
3. 死亡弔慰金は死亡診断書を添付して下さい。（ご提出が困難な場合、組合までご連絡ください）
4. 死亡弔慰金は振り込み先を必ず添付してください。

5. 立替払いの場合は必ず領収証の添付をお願い致します。
（領収証の宛名は、**「神奈川県美容業生活衛生同業組合」**と記載してください。

※故人のお名前を必ずご記入下さい

ご記入日・支部名・支部長名・美容室名・ID番号・申請対象の互助会員名を記入してください。また、支部長印をご捺印ください。

「1.慶事」の場合、事由に〇を付けて下さい。事由が「ホ」「ト」の場合、添付書類をお願い致します。

「2.見舞」の場合、疾病または災害の内容をご記入ください。

「3.弔慰」の場合、対象である互助会員名並びに弔花届先をご記入下さい。
なお、対象者が配偶者ですと、香典1万円または弔花の給付となります。どちらかに〇をつけてください。