

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	組合員名	

ご記入日・支部名・支部長名・美容室名・ID番号・申請対象の組合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

下記給付金の申請を致します。

項目	内 容	
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)
		○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.組合員(氏名) ロ.配偶者(氏名)
	◎対象者 □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○を付けてください)	
	弔花届先	住 所 式場名

「1.慶事」の場合、事由に○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、対象者の氏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○をつけてください。

※故人のお名前を必ずご記入下さい

(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○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 理事長〇〇〇〇**」と記載してください。)