

出 産 祝 金 請 求 書

私は、出産祝金を請求します。

提出日 20 年 月 日

一般社団法人 鹿児島県教職員共助会理事長 様

所 属 所 名 (現職会員のみ記入)			
現 住 所 (継続会員のみ記入)			
フリガナ			会 員 コード
会 員 名	印		
出生届年月日	20 年 月 日	出生数	人
所 属 長 証 明	上記の通り相違ないことを証明します。 (所属所名) (職 名) (名前) 職印		
育児休業中で送金通知書の送付先を自宅希望される場合は、下記に自宅住所を記入してください。 (〒) 市・郡 町・村			

上記太枠内のみご記入ください。
(給付金の受け取り方)

- 給付金は、共助会へあらかじめ登録済みの給付金等受取口座へ送金されます。
なお、送金時には、送金通知書をお届けしますのでご確認ください。
※ 給付金等受取口座の登録がない方は、共助会よりお問い合わせをする場合があります。

(注)

- 出生届年月日は、市町村役場に提出した出生届の日を記入してください。
- 戸籍登載の実子出生人数分(死産は含まず)給付します。夫婦とも会員の場合は双方請求できます。
- 出生届等の写しを添付していただくか、または所属長証明で請求できます。
- 記載内容については、共助会が定めた「個人情報保護に関するガイドライン」に基づき適切にとり扱います。

《共助会記入欄》

備 考		給付率	給 付 金 額				
		□ 1 0 0 %	□ 1 人	20,000 円			
			□ 2 人	40,000 円			
		□ () %	□ 人	円			
受 付 日		理事長	専 務	常 務	部 長	係	
支 払 日							