

香 華 料 請 求 書

私は、香華料を請求します。

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				
死 亡 者 名			会員との続柄		
死 亡 年 月 日	20 年 月 日				
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				

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)

- 実父母の死亡が確認できる書類と、会員との繋がりが分かる書類（コピー可）を添付いただくか、または所属長証明で請求できます。
- 被扶養者死亡の場合（妊娠4か月以上の死産も該当）。実父母の場合（扶養者とは関係なく該当）。
- 配偶者死亡の場合は、配偶者弔慰金で請求してください。
- 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》

給 付 率		給 付 金 額				
□ 1 0 0 % □ () %		20,000 円				
受 付 日		理事長	専 務	常 務	部 長	係
支 払 日						