

決議年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	部(課)長	係長	係
支給年月日	平成 年 月 日					
支給額	円	取得年月日		昭・平 年 月 日		
		喪失年月日		平成 年 月 日		
		加入者期間		年 カ月		

遺児育英資金請求書

請求者氏名		生年月日		性別	在学名・学年	
フリガナ		昭・平 年 月 日		男・女	/	
⑩		平成 年 月 日		男・女		
遺児氏名	平成 年 月 日		男・女			
	平成 年 月 日		男・女			
	平成 年 月 日		男・女			
	平成 年 月 日		男・女			
住所	〒					TEL ()
加入者氏名			加入者番号			
死亡年月日	平成 年 月 日		/			
支払についての振込先金融機関						
金融機関	銀行金庫		預金種類	口座番号		口座名義人
	本店 支店		1. 普通総合 2. 当座			フリガナ
事業主の証明欄	福祉給付金支給規程第3条の3に規定する支給要件に該当することを証明します。					
	平成 年 月 日					
	所在地					
	事業主 名称					
代表者						
⑩						

※ この請求書には、次の書類を必ず添付してください。

- ① 戸籍謄本又は請求者と遺児の身分関係を明らかにすることができる証明書
- ② 家族全員の住民票
- ③ 高等学校及び高等専修(専門)学校に就学している生徒については、在学証明書又は学生証(身分証明書)の写し