

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	⑩		
出生届年月日	20 年 月 日	出生数	人
所 属 長 証 明 (現職会員のみ記入)	上記の通り相違ないことを証明します。 (所属所名) (職 名) (氏名) 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、共助会へお届けされた指定登録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。

※口座登録がない方は、共助会よりお問い合わせをする場合があります。

(注)

・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に給付します。

・記載内容については、本会個人情報保護規程に基づき使用します。

《共助会記入欄》

備 考	給付率	給 付 金 額				
	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> ()%	1人				円
		2人				
受 付 日		理事長	専 務	常 務	部 長	係
支 払 日						