

継続会員介護見舞金請求書

私は、継続会員介護見舞金を請求します。

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

現住所			
フリガナ		会員コード	
会員名	(印)		
フリガナ		会員との続柄	
請求者氏名	(印)		
介護の状況			

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。

※死亡退会の場合は、会員名の押印は不要です。

(注)

- ・会員が常時自宅介護を必要とし、**要支援・要介護認定**を受けている場合に給付します。
- ・**介護保険被保険者証**の写しを添付してください。

《共助会記入欄》

給付年度	給付率	給付金額				
年度	□100% □()%	円				
受付日		理事長	専務	常務	部長	係
支払日						