

出 産 祝 金 請 求 書

私は、出産祝金を請求します。

提出日 20〇〇年〇〇月〇〇日

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)	鹿児島市立 共助小学校		
現住所 (継続会員のみ記入)			
フリガナ	キョウジョカイ ハナコ	会員コード	
会員名	共助会 花子 	6 5 4 3 2 1	
出生届年月日	20〇〇年 〇〇月 〇〇日	出生数	1 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) 共助小学校 (職 名) 校 長 (名前) 〇〇 〇〇		
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。

・継続会員の場合は、出生届の写しを添付してください。

・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》

備 考	給付率	給 付 金 額				
	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 1人	20,000 円			
	<input type="checkbox"/> ()%	<input type="checkbox"/> 2人	40,000 円			
		<input type="checkbox"/> 人	円			
受付日		理事長	専務	常務	部長	係
支払日						