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	㊞		
出生届年月日	２０　　年　　月　　日	出生数	人
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		

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。
・出生届等の写しを添付していただくか、または所属長証明で請求できます。
・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
	□１００％ □(　　)％	□１人　20,000 円 □２人　40,000 円 □　人　　円

受 付 日		理事長	専　務	常　務	部　長	係
支 払 日						