

給 付 金 請 求 書

金 額		十	万	千	百	十	円
-----	--	---	---	---	---	---	---

令和 年 月 日

公益社団法人ゆとりちよだ理事長 殿

公益社団法人ゆとりちよだ事業に関する規程に基づき、裏面の事由により給付金を請求いたします。下記の口座にお振込みください。

会 員 番 号

--	--	--	--	--	--	--	--

入 会 年 月 日 昭・平・令 年 月 日

会 員 氏 名 ⑩

(会員死亡による弔慰金の請求の場合は、請求者の氏名・住所を記入してください。)

会 員 住 所 〒

連 絡 先 電 話

本請求書記載の住所等と、登録されている氏名・住所・電話番号が相違する場合は本請求書をもって変更届といたします。

氏 名 ⑩

振 込 口 座

金融機関	銀行・信用金庫 信用組合						本店 支店	店 番 号		
口座の種類	1 普通	2 当座	口座番号							
フリガナ										
口座名義										
							受			
							付			
							印			

※裏面も必ずご記入の上、ご提出ください。

給 付 内 容 裏

※請求する給付項目に○印を記入してください。

○印欄	給付の種類	内 容		証明する書類
	結婚祝金	婚姻届日： 年 月 日		婚姻の記載がある、次のうち何れか一つ ・戸籍謄本又は戸籍抄本の写 ・婚姻届受理証明書の写
	金婚祝金	婚姻届日： 年 月 日		婚姻後満50年以降に発行された戸籍謄本の写
	銀婚祝金	婚姻届日： 年 月 日		婚姻後満25年以降に発行された戸籍謄本の写
	出産祝金	氏名	年 月 日生	母子手帳の出生届済証明書の写
	入学祝金	氏名	年 月 日生 年 月 入学	就学又は、入学通知書の写と会員との続柄が記載の書類
	入院見舞金	入院期間 (日間) 年 月 日～ 年 月 日		入院期間を証明できる次のいずれか一つ ・医師の診断書の写 ・医療機関の領収書又は請求書の写 (入院期間が記載されているもの)
	障害見舞金	障害の程度 (級)		身体障害者手帳の程度が確認できる頁の写
		発行年月日 年 月 日		
	住宅災害見舞金	発行年月日 年 月 日		公共機関が発行する罹災証明書の写
	会員本人死亡弔慰金	氏名	死亡年月日 年 月 日	死亡の記載がある、戸籍謄本又は戸籍抄本の写と、請求者との続柄が証明できる書類
		(歳)	年 月 日	
	請求者と会員との続柄	会員期間 年 ヶ月		
	配偶者死亡弔慰金	氏名	死亡年月日 年 月 日	
	子死亡弔慰金	氏名	死亡年月日 年 月 日	
	親死亡弔慰金	氏名	死亡年月日 年 月 日	

※給付金請求は、1事由毎の請求になります。2件の請求事由がある場合は給付金請求書が2枚必要です。

※証明書は、返却いたしませんので必要な場合は、予めコピーしてお送りください。

※証明書が2枚以上になる場合は、すべて添付してください。

※証明書等でご不明な場合は、事務局にご連絡ください。

※入院・障害・住宅災害の各見舞金及び会員・家族の死亡弔慰金については、その発生原因に災害救助法（昭和22年法律118号）が適用になるときは、支給されません。