（1事由につき1枚使用） **裏面も記入してください**

**給付金請求書**

（公財）大田区産業振興協会理事長 宛　　　　　　　　　　　　　申請日：西暦　　　年　　月　　日

規程に基づき請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 |  | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |

※必ず￥マークを記入して下さい。金額の訂正がある場合は二重線と訂正印を押してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  | 加入日 | 年　　　月　　　日 |
| 会員氏名 |  | 電話番号 | (自宅/事業所/携帯) |
| 会員住所 | 〒 |
| 事業所名 |  |

＊「会員死亡弔慰金」の請求の場合は以下を記入してください。上記の会員捺印は不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請求者氏名 |  | 電話番号 | (自宅/事業所/携帯) |
| 会員との関係 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **振　込　依 頼 書**上記請求の給付金を下記口座へ振り込んでください。　　　　**会員**または**請求者 氏名**：　　　　　　　　　　　　　　　　※会員本人の口座に限ります(会員死亡弔慰金の請求の場合は請求者の口座)。**金融機関名**：　　　　　　　　　　　　　　銀行・信用金庫・信用組合  　　　　　 　　　支店（店番　　　 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **口座番号**左詰めで記入 | 普通　　　当座　　　どちらかに〇 |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |  |
| **口座名義** |  |

 |

※ご記入いただいた個人情報は、当該給付金支給目的以外には利用しません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入力 |  | 担当 | 係長 | 課長 |  | 受付 |  | 受付印 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**給付内訳**

裏面

※請求する給付の種類に○印を付け、必要事項をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 給付の種類 | 内容 | 添付する証明書類 |
| [　　]結婚 20,000円[　　]銀婚 10,000円[　　]金婚 10,000円 | 婚姻届日：　　　　　　年　　　月　　　日よみがな:配偶者氏名：　　　　 配偶者生年月日：　　　年　　　月　　　日 | 結婚：婚姻届受理証明書もしくは夫婦の戸籍謄本※1回に限ります。銀婚・金婚：入籍日から25年・50年経過後の戸籍謄本 |
| [　　]20歳 10,000円 | 生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日 | 健康保険証又は運転免許証 |
| [　　]出生 10,000円 | よみがな:子の氏名：　　　　　　性別：　子の生年月日：　　　　年　　　月　　　日 | 母子健康手帳、出生届受理証明書、戸籍謄本のいずれか一つ |
| [　　]入院見舞金 10,000円 | 入院期間：　　　 年　　 月　　 日～　　　　　　　　　　　　　　　年　　 月　　 日 | 14日以上の入院期間が記載されている病院の領収書又は診断書※傷病及び回数にかかわらず同一年度内に1回に限ります。 |
| [　　]障害見舞金 20,000円 | 身体障害者手帳取得日：　　　　年　　月　　日 | 身体障害者手帳※入会後に生じた事由により、初めて身体障害者になったときに請求できます。 |
| [　　]住宅火災見舞金 10,000円 | 発生日：　　　　年　　月　　日 | 消防署で発行する罹災証明書 |
| [　　]会員死亡弔慰金 ※右欄にも○をつけてください　　　　30,000円(5年以上)10,000円(5年未満) | 会員歴： 5年以上 ・ 5年未満死亡日：　　　　年　　 月　　 日 | ・死亡事項と請求者との続柄が記載されている戸籍謄本又は住民票・振込先の口座番号※会員死亡の場合、受取人として請求できる範囲は、次のとおりです。1.配偶者 2.子 3.父母 4.孫 5.祖父母 6.兄弟姉妹 |
| [　　]家族死亡弔慰金 10,000円※右欄にも○をつけてください | 対象者： 配偶者 ・ 親（父 ・ 母） ・子死亡者名：死亡日：　　　　年　　 月　　 日 | ・死亡事項と請求者との続柄が記載されている戸籍謄本又は住民票・24週以上の死産のときは、医師の証明書又は死産届出受理証明書※父母の場合、実父母・養父母にかかわらず、父母それぞれ1回に限ります。 |

（重要）給付金請求時に必要な書類は、写しをもって請求することができます。

ご不明な点は電話でお問合せください。☎０３－３７３３－６１０７（平日９：００～１７：００）

また、以下の点をご確認ください。

* 請求金額に誤りはありませんか。
* 請求内容について記入漏れや捺印漏れはありませんか。
* 請求者の口座情報に誤りはありませんか。
* 添付する証明書類に不足はありませんか。