

記入例

(宛先) 高松市長

<添付書類>

- ・在学証明書
- ・学生証の写し
- ※いずれか1点

技能修得奨学金の給付申請をする場合

| | | | | |
|-----|----|----|----|-----|
| 申請日 | 令和 | 4年 | 5月 | 20日 |
| 受付日 | | *年 | 月 | 日 |

委任日以降の日付

申請者 被共済者番号 0032

被共済者氏名 神戸 兵三
(遺族氏名)

上記 加入者番号 10320
代理人

住 所 高松市番町五丁目6番7号

事業所名 梅田病院

代表者氏名 理事長 難波 太郎

高松市中小企業
勤労者福祉共済事業

給付金給付申請書

次のとおり、給付金の給付を受けたいので、高松市中小企業勤労者福祉共済事業の給付金給付申請書(様式)を提出し、1項の規定により関係書類を添えて提出します。

給付種類と金額を記入してください。
金額の訂正は一切できません。誤った場合は、再度、書類を書き直してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--|--|--|------|-------|---|------|----|--------|----|---|---|
| 給付金の種類 | 技能修得奨学金 | | | | | | | | | | | | |
| 給付金の額 | 5,000円 | | | | | | | | | | | | |
| 給付対象者 結婚(配偶者) 出産(出生児) 入学(入学者) 死亡(死亡者) の場合のみ記入 | 氏名 | 姓 | | | | | 名 | | 性別 | 1男・2女 | | | |
| | 生年月日 | 年 | | | | | 月 | | 日 | 続柄 | * | | |
| | 事実発生年月日 | 年 | | | | | 月 | | 日 | 親族番号 | * | | |
| 傷病見舞金 | 傷病名 | 就業自 | | | | | 年 | | 月 | 日 | 日間 | | |
| | 区分 | 在学している学校名、履修年限(何年生の学校か)、学部・科名、在学年、入学年月を記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| 災害見舞金 | 年 | | | | | | | | | | 月 | 日 | |
| 永年勤続慰労金 | 年 | | | | | | | | | | 月 | 日 | |
| 勤労青少年奨学金 技能修得奨学金 | 学校名 | 看護専門学校 | | | 履修年限 | 2年制 | | 入学年月 | 令和 | 4 | 年 | 4 | 月 |
| | 学部名 学科名 | 看護科 | | | 在学年 | 1年・回生 | | 月 | | | | | |
| 退職せん別金 | 被共済者資格取得年月日 | 年 | | | | | 月 | | 日 | 被共済者期間 | 年 | 月 | |
| | 退職年月日 | 年 | | | | | 月 | | 日 | | | | |

欄は記入しないでください。

委任状

受任者住所 高松市番町五丁目6番7号

事業所名 梅田病院

代表者氏名 理事長 難波 太郎

委任者欄に被共済者(=従業員)の押印をしてください。

私は、上記の者を代理人と定め、上記給付金の申請(請求)及び受領に関する権限を委任する。

令和4年5月1日

事実発生日以降を記入してください。

委任者住所 高松市番町六丁目5-9

被共済者氏名 神戸 兵三
(遺族氏名)

神戸

給付理由の生じた日から起算して3か月を超えた日に申請する場合は、遅滞理由書の提出が必要です。