

申請日		年	月	日
受付日		*年	月	日

(宛先) 高松市長

申請者 被共済者番号

被共済者氏名
(遺族氏名)

上記加入者番号

代理人 住所
事業所名
代表者氏名

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条例施行規則第11条第1項の規定により関係書類を添えて提出します。

給付金の種類											*					
給付金の額	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	
	区分	業務上・業務外					不	至						年	月	日
災害見舞金	災害の種類						災害発生						年	月	日	
永年勤続慰労金	被共済者資格取得年月日										年	月	日			
勤労青少年奨学金 技能修得奨学金	学校名						履修	年制					入学	年		月
	学部 科名						在学	年・回生								
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							

※印欄は記入しないでください。

委任状

受任者 住所
事業所名
代表者氏名

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します。

年 月 日

委任者 住所
被共済者氏名
(遺族氏名)

印

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