

矢印の方向にFAXを
送信して下さい。

FAX 092-474-2626

公益財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会 御中

給付申請書

年 月 日					
事業所番号を 左詰めでご記入下さい。▶					
事業所番号					
事業所名					
事業主名					
ご担当者名					
電話番号					

▲枠内は漏れなくご記入下さい。

対象会員氏名	会員番号
--------	------

▲会員番号(会員証の番号)を左詰めでご記入下さい。

	項目	給付金額	事実発生年月日	摘要	
10	成人祝金 (会員本人)	5,000円	(20歳誕生日) .	生年月日	
21 22	結婚祝金	初婚20,000円 再婚10,000円	(婚姻届日) .	配偶者名	
30	出産祝金	10,000円	(出生日) .	出生児氏名	
41 42	入学祝金	10,000円	(入学日) .	入学者氏名	小学校 中学校
50	義務教育 修了祝金 (中学校卒業)	5,000円	. .	卒業生氏名	
61 62	結婚記念品	金婚20,000円相当 銀婚10,000円相当	(満50年) (満25年) . .	婚姻届出年月日	
71 72	傷病見舞金	90日20,000円 30日10,000円	(30、90経過日) .	欠勤期間(30日以上、90日以上) 自 . . . 至 . . . 傷病名	
80	災害見舞金	5,000円 50,000円	. .	居住家屋についての 被害状況	持家名義人 持家その他 借家
92 93 94	死亡弔慰金	50,000円 30,000円 10,000円	会員が死亡 配偶者が死亡 一親等血族(実父・実母・実子)が死亡	
			氏名		

●事実発生後1年以内にご請求下さい。1年をすぎたものについてはお支払いできかねます。●事業所、会員番号は必ずご記入下さい。●成人祝金、結婚祝金、出産祝金、入学祝金、義務教育修了祝金、結婚記念品の場合は、申請事実のわかるもののコピー、傷病見舞金の場合は、出勤簿のコピー、災害見舞金の場合は罹災証明書のコピー、死亡弔慰金の場合は死亡の事実・続柄がわかる書類のコピーを添付下さい。