

(様式第8号)

一般給付金請求書

島根県民間社会福祉事業従事者互助会理事長 様

次のとおり相違ないことを証明し、給付金を請求します。

令和 年 月 日

施設・団体番号	—	施設・団体の名称 および代表者	⑨
会員番号	ふりがな	会員氏名	男・女

傷病見舞金	傷病者氏名		会員との続柄	<input type="checkbox"/> 本人	請求金額	20,000 円
	傷病名			<input type="checkbox"/> 配偶者		10,000 円
				<input type="checkbox"/> 同居の父母*		10,000 円
	入院医療機関			<input type="checkbox"/> 18歳未満の子		10,000 円
	入院医療機関		入院期間	自: 年 月 日 至: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 提出日現在入院中	
死亡弔慰金	死亡者氏名		給付対象者	<input type="checkbox"/> 本人	請求金額	100,000 円
	死亡年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 配偶者		20,000 円
	請求者氏名			<input type="checkbox"/> 子		10,000 円
	請求者氏名	会員との続柄	遺族住所			
祝金	結 婚	婚 姻 日 年 月 日	配偶者氏名		請求金額	30,000 円
	出 産	出産年月日 年 月 日	子の氏名		請求金額	20,000 円
			会員との続柄			
	小学校入学	入学年月日 年 月 日	子の氏名		請求金額	10,000 円
			会員との続柄			
中学校卒業	卒業年月日 年 月 日	子の氏名		請求金額	10,000 円	
		会員との続柄				
資格取得	取得年月日 年 月 日	取得資格名		請求金額	10,000 円	
災害見舞金	発生年月日	年 月 日	請求金額	<input type="checkbox"/> (全損)	50,000 円	
				<input type="checkbox"/> (半損)	30,000 円	
	発生の場所		損害見積金			
	発生の原因		損害の程度(%)			
災害の状況						

- (注意) 1. 規程細則別表に定める添付書類を添付すること
 2. 各給付事項の発生後2年以内(傷病見舞金については退院後2年以内)に請求すること
 3. 傷病見舞金の「同居の父母」について、同居でない場合は、会員が扶養していること