（様式第５号②）

互助会受付印

**退会届および退会給付金請求書**

令和　　年　　月　　日

島根県民間社会福祉事業従事者互助会理事長　様

下記の役職員同意の上、退会を届出、退会給付金を請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・団体番号 | 施設・団体の名称および代表者 |
|  |  |  | － |  |  |  |
|
|
|  | 所在地および電話番号 |
| 〒　　　－ |
|  |
| ＴＥＬ（　　　　　）－ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | 退会者氏名 | 退職年月日 | 加入年月※1（掛金納付開始月） | 退会年月※2（掛金納付最終月） |
|  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月分 | 　　年　　月分 |
|  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月分 | 　　年　　月分 |
|  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月分 | 　　年　　月分 |
|  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月分 | 　　年　　月分 |
|  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月分 | 　　年　　月分 |
|  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月分 | 　　年　　月分 |
|  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月分 | 　　年　　月分 |
|  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月分 | 　　年　　月分 |
|  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月分 | 　　年　　月分 |
|  |  |  |  |  | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月分 | 　　年　　月分 |

※1　加入年月は、加入承認書や掛金請求書請求明細で確認の上、記入してください。

※2　休職期間中に退会する場合は、退職年月日の属する月を記入してください。