（様式第7号）

互助会受付印

**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 |  | ㊞ |
| 会員番号 |  |  |  |  | 会員氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷病見舞金 | 傷病者氏名 |  | 会員との続柄 | □ 本　　　人 | 請求金額 | 20,000円 |
| □ 配　偶　者 | 10,000円 |
| 傷病名 |  | □ 同居の父母※ | 10,000円 |
| □ 18歳未満の子 | 10,000円 |
| 入院医療機関 |  | 入院期間 | 自:　　　　年　　　月　　　日年月日 |
| 至:　　　　年　　　月　　　日 |
| □ 提出日現在入院中 |

※「同居の父母」は、同居又は会員が扶養している父母（配偶者の父母を含む）。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 弔慰金 | 死亡者氏名 |  | 給付対象者 | □ 本　　　人 | 請求金額 | 100,000円 |
| □ 配　偶　者 | 20,000円 |
| 死亡年月日 | 　　年　　月　　日 | □ 　　子 | 10,000円 |
| 遺族住所 |  |
| 請求者氏名 |  | 会員との続柄 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

※社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士は合格年月日を記載した書類を添付。（登録証は不可）

※介護支援専門員は登録年月日を記載した書類を添付。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害見舞金 | 発生年月日 | 　　年　　月　　日 | 損害割合 | □ 住家の全壊損害割合50％以上 | 請求金額 | 50,000円 |
| 発生の場所 |  | □ 住家の半壊損害割合10％以上50％未満 | 請求金額 | 30,000円 |
| 発生の原因 |  | 災害の状況 |  |

（注意）１．規程細則別表に定める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。