

(様式第7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		会員氏名	

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
			<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			

※「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	死亡年月日 年 月 日	給付対象者	<input type="checkbox"/> 本人	請求金額	100,000 円
	請求者氏名			<input type="checkbox"/> 配偶者		20,000 円
				<input type="checkbox"/> 子		10,000 円
	遺族住所	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 会員との続柄		請求金額	20,000 円
	小学校入学	入学年月日 年 月 日	子の氏名 会員との続柄		請求金額	10,000 円
	中学校卒業	卒業年月日 年 月 日	子の氏名 会員との続柄		請求金額	10,000 円
	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	<input type="checkbox"/> 住家の全壊 損害割合 50%以上	請求金額	50,000 円
	発生の場所			<input type="checkbox"/> 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。