

(様式第7号)

## 一般給付金請求書

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

下記のとおり相違ないことを証明し、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	
会員番号		会員氏名	

傷病見舞金	傷病者氏名	18歳未満の子の場合(生年月日: 年 月 日)	会員との続柄	<input type="checkbox"/> 本人	請求金額	20,000 円
				<input type="checkbox"/> 配偶者		10,000 円
	傷病名	<input type="checkbox"/> 同居の父母*		10,000 円		
	入院した医療機関	<input type="checkbox"/> 18歳未満の子*		10,000 円		
	入院期間			自: R 年 月 日 至: R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 提出日現在入院中		

※同居の父母とは、会員と同居または会員が扶養している父母を指す。(配偶者の父母を含む。)

※18歳未満の子の場合は、生年月日が記載された書類を添付。

弔慰金	死亡者氏名	R 年 月 日	給付対象者	<input type="checkbox"/> 本人	請求金額	100,000 円
	死亡年月日			<input type="checkbox"/> 配偶者		20,000 円
	請求者氏名	<input type="checkbox"/> 子		10,000 円		
	遺族住所	請求者と会員の続柄				

祝金	結婚	婚姻日 R 年 月 日	配偶者氏名		請求金額	30,000 円
	出産	出産年月日 R 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 R 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 R 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 R 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、合格証書の写しを添付。(登録証は不可)

※介護支援専門員は、介護支援専門員証または登録年月日を記載した通知の写しを添付。(修了証明書は不可)

災害見舞金	発生年月日	R 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。