西宮市中小企業勤労者福祉共済制度 給付金支給申請書

令和　　年　　月　　日

（提出先）
西宮市長宛

西宮市中小企業勤労者福祉共済条例施行規則第9条に基づき下記のとおり給付申請します。

給付の種類	申請者	（加入者番号）		（会員番号）	
		氏名			
（区分）		住所	〒		

※会員の死亡弔慰金を遺族が申請するときは、下記に署名捺印してください。

（続柄）　　（氏名）

□ 下記の者を代理人と定め給付金の受領を委任します。

※ 上記申請者が企業主（代表者）の場合もご記入ください。

受領代理人（企業主／代表者）	企業／事業所名称	企業主／代表者 氏名
	所在地	

証明書

永年勤続慰労金 短時間従業員勤続慰労金	申請者は、昭和・平成　　年　　月　　日入社以来、 令和　　年　　月　　日現在まで継続して勤務している。
傷病見舞金	申請者は、（業務上・一般）の傷病により　令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで継続して欠勤していた
退職慰労金	申請者は、令和　　年　　月　　日付で退職した。福祉共済には 昭和・平成　　年　　月　　日以来、　　年間継続して加入していた。

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日　　企業主／代表者 氏名

※添付書類：福祉共済ガイドブック記載の書類を添付してください。不明な点がありましたら共済窓口までお問い合わせください。

決裁		給付決定金額								事由発生日	令和　　年　　月　　日
										決定年月日	