

矢印の方向にFAXを  
送信して下さい。

**FAX 092-474-2626**

公益財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会 御中

**給付申請書**

年 月 日						
事業所番号 左詰めでご記入下さい。						
I事業所番号						
I事業所名						
I事業主名						
Iご担当者名						
I電話番号						

▲枠内は漏れなくご記入下さい。

I対象会員氏名	I会員番号
---------	-------

▲会員番号(会員証の番号)を左詰めでご記入下さい。

	項目	給付金額	事実発生年月日	摘要	
10	成人祝金 (会員本人)	5,000円	(20歳誕生日)	生年月日	
21 22	結婚祝金	初婚20,000円 再婚10,000円	(婚姻届日)	配偶者名	
30	出産祝金	10,000円	(出生日)	出生児氏名	
41 42	入学祝金	10,000円	(入学日)	入学者氏名	小学校 中学校
50	義務教育 修了祝金 (中学校卒業)	5,000円		卒業生氏名	
61 62	結婚記念品	金婚20,000円相当 銀婚10,000円相当	(50年目) (25年目)	婚姻届出年月日	
71 72	傷病見舞金	90日20,000円 30日10,000円	(30、90経過日)	欠勤期間(30日以上、90日以上) 自 至 傷病名	
80	災害見舞金	5,000円 50,000円		居住家屋についての 被害状況	持家名義人 持家その他 借家
92 93 94	死亡弔慰金	50,000円 30,000円 10,000円		会員が死亡 配偶者が死亡 一親等血族(実父・実母・実子)が死亡	
			氏名		

●事実発生後1年以内にご請求下さい。1年をすぎたものについてはお支払いできかねます。●事業所、会員番号は必ずご記入下さい。●成人祝金、結婚祝金、出産祝金、入学祝金、義務教育修了祝金、結婚記念品の場合は、申請事実のわかるもののコピー、傷病見舞金の場合は、出勤簿のコピー、災害見舞金の場合は罹災証明書のコピー、死亡弔慰金の場合は死亡の事実・続柄がわかる書類のコピーを添付下さい。