

(給付名称)

申請日 20 年 月 日

- 結婚祝
- 出生祝
- 小学校入学祝
- 中学校卒業祝

福祉給付申請書

(○で囲んでください。)

公益財団法人日本教育公務員弘済会山梨支部 支部長 様

給付名称○印の福祉給付を申請します。

フリガナ		旧姓		所属所 (学校名)	
会員氏名		④			
フリガナ				事由発生日	20 年 月 日
対象者名 (配偶者・子)					
住所	〒			TEL	
職員番号			所属コード (学校コード)		

証明書

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。

20 年 月 日

所属名

所属長 職名

氏名

職印

[注] ①太線内を記入・捺印してください。申請期間は、事由発生日の翌月から3年間です。

②個人情報の取扱いについて

申請書により提供いただきました個人情報は、山梨支部の福祉事業の運営推進のみに利用します。

③職員番号・所属コードは、公立学校教職員のみ記入してください。

④所属長の証明が得られない場合は、申請事由を確認できる書類を添付して申請してください。(FAX不可)

【教弘保険加入状況】

※教弘担当 LC が記入します。

保険の種類	証券番号	契約始期	口数	保険料	備考
		年 月 日			
		年 月 日			
	支部名			担当社員(LC)	

問い合わせ・申請書提出先 公益財団法人日本教育公務員弘済会山梨支部

〒400-0031 山梨県甲府市丸の内三丁目33-7 TEL 055-222-3468