

(一財)京都市町村職員厚生会理事長 様

下記のとおり請求します。

なお、本請求書及び添付書類に記載された個人情報については、貴会が関係機関等への照会等、本給付支払事務に利用することに同意します。

※請求種目等に✓印をつけ、必要事項を記入してください(請求用紙は、請求種目ごとに別葉としてください)。

※結婚・出産を会報紙「れんぼう」で紹介させていただきます。掲載を希望されない場合は、該当欄に✓印を付けてください。

※太枠内を記入してください。

請求年月日	年 月 日	給付金額 (厚生会記入欄)	50,000 15,000	30,000 10,000	20,000	円
所属所名		会員番号		会員氏名		
<input type="checkbox"/> 結婚祝金	結婚年月日 (戸籍に記載された日)	年 月 日	旧 姓			「れんぼう」による 結婚・出産の紹介 を
	配偶者氏名		戸籍記載 事項の 確認担当者			
<input type="checkbox"/> 子育て支援金	ふりがな			会員との続柄		<input type="checkbox"/> 希望しない
<input type="checkbox"/> 会員出産	子の氏名			(第 子)		<掲載の内容> 結婚:会員氏名 配偶者氏名 出産:会員氏名 子の氏名 (読みがな含む)
<input type="checkbox"/> 配偶者出産	出産年月日 (生年月日)	年 月 日				
※経過措置	出産者氏名					
<input type="checkbox"/> 満1歳 (30,000円)	出 産 の 証 明 欄	上記のとおり出生したことを証明します。				左欄に証明を受けるか、 出産の事実を証明する書 類(母子手帳等の写し)を 添付してください。
<input type="checkbox"/> 満2歳 (20,000円)		年 月 日				
<input type="checkbox"/> 満3歳 (10,000円)		医師・助産師				
<input type="checkbox"/> 子育て祝金	入学年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日		
	入学者氏名		会員との続柄	(第 子)		
	学 校 名	小・中学校				
	証 明 欄	上記のとおり入学したことを証明します。				左欄に証明を受けるか、 入学の事実を証明する書 類(就学通知等の写し)を 添付してください。
		年 月 日	学 校 長			

※会員が請求を行わずに死亡した場合は、この欄を記入してください。

請求人氏名		会員との続柄	
請求人住所			

上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。

年 月 日
所属所長名