

給付金請求書

申請日 令和 年 月 日

※※※
※12

請求先 公益財団法人目黒区勤労者サービスセンター

公益財団法人目黒区勤労者サービスセンター給付規程に基づき、下記のとおり請求します。

請求者	会員番号	0	-
	氏名		
	住所		
	電話番号		
	入会年月日	年 月 日	電話は日中にご連絡がお取りできる番号をご記入願います。

結婚・金婚・銀婚の場合には配偶者の氏名、出産・入学の場合は子の氏名を記入してください。二十歳の場合は不要です。

各給付金の請求期限は、事由発生日から1年間です。支給対象外です。

入会月から6カ月以内には発生した給付事由については支給対象外です。

複数の給付項目がある場合、それぞれ給付金請求書を提出してください（一枚で複数の給付金は請求できません）。

請求金額	十	万	千	百	十	円

振込先(お間違いがありませんようにご記入ください)			
金融機関名★	店名(ゆうちょ銀行の場合は三桁の数字)	口座種類	口座番号(右詰め)
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
フリガナ(カタカナ)			
口座名義人			

★注意 ゆうちょ銀行口座への振込を希望される方は、振込用の「店名(三桁数字)・口座番号」が必要です。
ゆうちょ銀行の通帳またはゆうちょ銀行ホームページでご確認の上、振込用の「店名・口座番号」をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 祝金	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 金婚	<input type="checkbox"/> 銀婚	<input type="checkbox"/> 出産	<input type="checkbox"/> 小学校入学	<input type="checkbox"/> 中学校入学	<input type="checkbox"/> 二十歳
	対象者氏名 [◎]	事由発生日 ^{※2}		令和	年	月	日

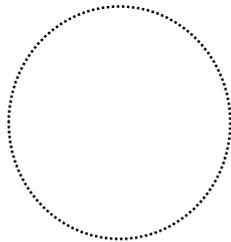
<input type="checkbox"/> 死亡弔慰金	死亡者氏名	事由発生日 ^{※2}		令和	年	月	日
	会員本人の死亡 請求者と会員の続柄を記入してください→ ()			会員の家族の死亡			
	<input type="checkbox"/> 在会7か月以上1年未満	<input type="checkbox"/> 在会1年以上5年未満	<input type="checkbox"/> 配偶者				
	<input type="checkbox"/> 在会5年以上10年未満	<input type="checkbox"/> 在会10年以上15年未満	<input type="checkbox"/> 子(死産を含む)				
	<input type="checkbox"/> 在会15年以上20年未満	<input type="checkbox"/> 在会20年以上	<input type="checkbox"/> 親(実父母及び養父母)				

<input type="checkbox"/> 入院見舞金 (事由発生日は退院日)	<input type="checkbox"/> 5日以上	<input type="checkbox"/> 10日以上	<input type="checkbox"/> 15日以上	<input type="checkbox"/> 20日以上	<input type="checkbox"/> 25日以上	<input type="checkbox"/> 30日以上		
	入院期間	令和	年	月	日	～ 令和	年	月

<input type="checkbox"/> 災害見舞金	<input type="checkbox"/> 全損(全焼・全壊)	<input type="checkbox"/> 半損(半焼・半壊・床上浸水)	<input type="checkbox"/> 一部損(一部焼・一部壊)	
	事由発生日 ^{※2}	令和	年	月

<input type="checkbox"/> 障害見舞金	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級
	事由発生日 ^{※2}	令和	年	月	日	

受付印



事務局長	受付者	整理番号	
		振込	年 月 日
		入力	年 月 日

ご請求の際の「請求者」「給付金額」「添付する証明書類」は裏面をご覧ください。

給付項目	給付の事由	給付金額(単位:円)		添付する証明書類(コピー可) 注意事項等														
		在会期間 7~12か月	13か月以上															
結婚祝金	会員が結婚(入籍)したとき	5,000	10,000	戸籍謄本または婚姻届受理証明書(注)再婚の場合は同一人1回を限度として支給。														
金婚祝金	会員が結婚(入籍)して満50年を迎えたとき	10,000	20,000	戸籍謄本または戸籍抄本														
銀婚祝金	会員が結婚(入籍)して満25年を迎えたとき	5,000	10,000															
出産祝金	会員または会員の配偶者が出産したとき	5,000	10,000	戸籍謄本または出生届受理証明書または出生届出済証明書(母子手帳)(注)死産・流産・早期新生児死亡(生後7日以内)は支給対象外。多児出産の場合はそれぞれが対象														
小学校入学祝金	会員の子(養子を含む)が小学校または中学校に入学したとき	5,000	10,000	続柄が記載された住民票または会員との続柄が確認できる事項が記載されている就学通知書もしくは続柄が確認できる健康保険証(被保険者記号・番号、保険者番号、二次元コード等が見えないようにコピーしてください)														
中学校入学祝金																		
二十歳祝金	会員本人が満20歳の誕生日を迎えたとき	5,000	10,000	住民票、運転免許証、パスポート、健康保険証(被保険者記号・番号、保険者番号、二次元コード等が見えないようにコピーしてください)														
死亡弔慰金	会員本人または会員の家族が死亡したとき ※会員本人が死亡した時の請求者とは以下の親族となります。																	
会員本人	在会期間が7か月以上1年未満	5,000	-	死亡事項記載で請求者との続柄が確認できる戸籍謄本または住民票、死産届受理証明書														
	在会期間が1年以上5年未満	-	20,000															
	在会期間が5年以上10年未満	-	40,000															
	在会期間が10年以上15年未満	-	60,000															
	在会期間が15年以上20年未満	-	80,000															
	在会期間が20年以上	-	100,000															
会員の家族	配偶者の死亡	10,000	20,000	(注)死亡の発生原因に災害救助法が適用された場合は支給対象外。														
	子の死亡(死産を含む)	5,000	10,000															
	親(実父母及び養父母)の死亡	5,000	10,000															
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">会員本人死亡弔慰金の受取人の範囲及び順位</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第一順位</td> <td>配偶者(事実上の婚姻関係にある者(未届)含む)</td> </tr> <tr> <td>第二順位</td> <td>子</td> </tr> <tr> <td>第三順位</td> <td>父母</td> </tr> <tr> <td>第四順位</td> <td>孫</td> </tr> <tr> <td>第五順位</td> <td>祖父母</td> </tr> <tr> <td>第六順位</td> <td>兄弟・姉妹</td> </tr> </tbody> </table>					会員本人死亡弔慰金の受取人の範囲及び順位		第一順位	配偶者(事実上の婚姻関係にある者(未届)含む)	第二順位	子	第三順位	父母	第四順位	孫	第五順位	祖父母	第六順位	兄弟・姉妹
会員本人死亡弔慰金の受取人の範囲及び順位																		
第一順位	配偶者(事実上の婚姻関係にある者(未届)含む)																	
第二順位	子																	
第三順位	父母																	
第四順位	孫																	
第五順位	祖父母																	
第六順位	兄弟・姉妹																	
入院見舞金	会員が同一傷病で入院をしたとき(連続した入院に限る)																	
5日以上	連続して5日以上10日未満の入院	2,500	5,000	入院期間が記載されている医師の診断書または入院診療費請求書または入院診療費領収書 (注)二回目以降の入院見舞金の請求は、前回の入院見舞金の支給から(前回の退院日を起算日として)1年以内である場合は支給対象外。入院の発生原因に災害救助法が適用された場合は支給対象外。														
10日以上	連続して10日以上15日未満の入院	5,000	10,000															
15日以上	連続して15日以上20日未満の入院	7,500	15,000															
20日以上	連続して20日以上25日未満の入院	10,000	20,000															
25日以上	連続して25日以上30日未満の入院	12,500	25,000															
30日以上	連続して30日以上入院	15,000	30,000															
災害見舞金	会員の居住する家屋及び家財が(人災・自然災害問わず)災害により損害を受けたとき																	
全損	家屋及び家財に概ね70%以上の損害	25,000	50,000	消防署または市区町村の防災課が発行する罹災証明書 (注)災害の発生原因に災害救助法が適用された場合は支給対象外。														
半損	家屋及び家財に概ね30%以上の損害または床上浸水	10,000	20,000															
一部損	家屋及び家財に概ね30%未満の損害	5,000	10,000															
障害見舞金	会員が身体障害者手帳を交付されたとき																	
1級	身体障害者手帳の等級が1級	50,000	100,000	都道府県が発行する身体障害者手帳 (注)等級の変化に関わらず支給は1回限り。障害の発生原因に災害救助法が適用された場合は支給対象外。														
2級	身体障害者手帳の等級が2級	40,000	80,000															
3級	身体障害者手帳の等級が3級	30,000	60,000															
4級	身体障害者手帳の等級が4級	17,500	35,000															
5級	身体障害者手帳の等級が5級	10,000	20,000															
6級	身体障害者手帳の等級が6級	5,000	10,000															