

給付申請書

(公財)福岡市中小企業従業員福祉協会 宛

FAX : 092-474-2626

年 月 日
■事業所番号
■事業所名 (印)
■事業主名
■ご担当者名
■電話番号

▲枠内は漏れなくご記入ください。

■対象会員氏名	■会員番号
---------	-------

▲会員証に記載の9桁(又は11桁)の数字をご記入ください。

	項目	給付金額	事実発生日	摘要	
11	20歳祝金 (会員本人)	10,000円	(20歳誕生日) . .	生年月日	
23	結婚祝金	15,000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
61 62	結婚記念品	金婚20,000円相当 銀婚10,000円相当	(満50年) . . (満25年) . .	婚姻届出年月日	
73	傷病見舞金	(30日以上) 10,000円	(30日経過日) . .	欠勤期間 自 ~至	傷病名
80	住宅災害見舞金	~100,000円	. .	居住家屋の被害状況	持家名義人 持家その他 借家
92 93 95 96	死亡弔慰金	50,000円 30,000円 30,000円 10,000円	会員が死亡 配偶者が死亡 子が死亡 父母が死亡 氏名	

- 事実発生後1年以内にご申請ください。1年を過ぎたものについてはお支払いできかねます。
- 事業所情報、会員番号は必ずご記入ください。
- 申請事実のわかる証明書類を添付してお送りください。

(公財)福岡市中小企業従業員福祉協会

TEL:092-472-4728

FAX:092-474-2626

Mail:office@fcf.or.jp