

継続会員介護見舞金請求書

私は、継続会員介護見舞金を請求します。

提出日 20 年 月 日

一般社団法人 鹿児島県教職員共助会理事長 様

現住所			
フリガナ			会員コード
会員名	(印)		
フリガナ			会員との関係
記入者名	(印)		
自宅で行っている介護の内容	<input type="checkbox"/> 自宅介護		

上記太枠内のみご記入ください。

(給付金の受け取り方)

- ・給付金は、共助会へあらかじめ登録済みの給付金等受取口座へ送金されます。

なお、送金時には、送金通知書をお届けしますのでご確認ください。

※給付金等受取口座の登録がない方は、共助会よりお問い合わせをする場合があります。

(注)

- ・死亡退会の場合は、会員名欄の押印は不要です。
- ・死亡退会の場合、記入者名は代理人名をご記入ください。
- ・会員が常時自宅介護を必要とし、**要介護認定2以上**を受けている場合に給付します。
- ・**介護保険被保険者証**の写し、または**介護認定通知書**の写しを添付してください。

《共助会記入欄》

給付年度	給付率	給付金額				
年度	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> ()%	30,000円				
受付日		理事長	専務	常務	部長	係
支払日						