

理事長 あて

尼崎市中小企業
勤労者福祉共済

永年勤続慰労金給付申請書

年 月 日

- ・ 申請期間は、事由発生後6ヵ月以内です。
- ・ 以下の必要事項を記入してください。
- ・ 給付金は、ご登録いただいております事業所の給付金口座に振り込まれます。

被共済者番号	フリガナ 申請者氏名 (被共済者又は遺族)	遺族の場合は 被共済者との 続柄	就職年月日				勤続 年数
			年	月	日	時	
			S				
			H				
			R				
			S				
			H				
			R				
			S				
			H				
			R				
			S				
			H				
			R				

上記被共済者の給付申請事由は、事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

証 明 者 (事業所の代表者)

加入者番号	事業所名・電話番号	代表者・役職名・氏名
	TEL :	

以下記入不要

受付印

決 裁 次のとおり支給します。

年 月 日

支給年月日	H R	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係
支 給 金 額						

種 別	15年 10,000円	25年 20,000円	35年 30,000円
人数・合計	人 円	人 円	人 円