

給付金請求書

請求金額	¥	万	千	百	十	円
会員番号	—			氏名		
入会年月日	年	月	日			

※請求書は請求事由ごとに作成

日中連絡がつく電話番号

上記の給付金を請求します。※請求金額欄の訂正はできません。

⑨請求者名・受領者名などの氏名欄は必ず
自署による署名をお願いします。(ゴム印などは不可)

請求者	住所	〒	—	TEL
	氏名			

公益財団法人足立区勤労福祉サービスセンター 宛

受領方法 (いずれか一つ選んでください)	本人が窓口受領するとき	領収書 <table border="1"> <tr> <td>金額</td> <td>¥</td> <td>万</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> </table> 上記給付金を受領しました。 受領者氏名 令和 年 月 日		金額	¥	万	千	百	十	円
	金額	¥	万	千	百	十	円			
	代理人が窓口受領するとき	委任状	領収書							
銀行振込のとき	振込依頼書									

給付受付日	令和 年 月 日	給付対象日	令和 年 月 日
給付コード		給付事由	
対象者続柄		氏名	
備考			

※ご記入いただいた個人情報は、当該給付金支給目的以外には利用いたしません。

★添付書類は、写し可

入 力	受 付