

就学祝金請求書

(様式2号)

請求者	事業所番号		加入者番号			
	氏名		生年月日	昭和	年	月 日
	住所					
	児童名		児童の生年月日	平成	年	月 日
事業主証明	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	年	月	日	(事業所)	名称	
委任状	上記祝金の受領を、上記事業主に委任します。					
	年	月	日	委任者氏名		
振込先銀行名	銀行	支店	口座種別	普通・当座	口座番号	
口座名義			備考			
年 月 日 上記のとおり請求します。 鹿児島県病院企業年金基金理事長 殿						受付印

※請求者は委任状欄を記入・押印し、振込先は事業主の口座を指定してください。

支給決議書	支給年月日	年 月 日	決 裁			
	支給金額	¥5,000円	常務理事	事務長	職員	備考