

捺印を押印してください。

東

代表者印

委任日以降の日付

申請日	令和	元年	5月	1日
受付日		*年	月	日

(宛先) 高松市長

申請者 被共済者番号 0097

被共済者氏名 東京太郎  
(遺族氏名)

東

添付資料が必要です  
・在学証明書又は学生証の  
写し(毎年必要です)

上記加入者番号 10320

代理人

住所 高松市番町三丁目2番号

事業所名 帝都病院

代表者氏名 理事長 京橋 徹

代表者印

高松市中小企業勤労者  
福祉共済事業

給付金給付

給付金の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

給付金の種類と給付金額を記入してください。  
なお、金額の訂正は一切できません。  
誤った場合は、再度、書類を書き直してください。

給付種類	勤労青少年奨学金											
給付金額	15,000円											
給付対象者 結婚(配偶者) 出産(出生児) 入学(入学者) 死亡(死亡者) の場合のみ記入	氏名	姓	名	性別	1男・2女							
	生年月日	年	月	日	続柄	※						
	事実発生年月日	年	月	日	親族番号	※						
傷病見舞金	傷病名	欠勤			自	年	月	日				
	区分	業	業	業	業	年	月	日	日間			
災害見舞金	災害	在学している学校名、履修年限(何年生の学校か)、学部・科名、在学年、入学年月日を記入してください。			年	月	日					
永年勤続慰労金	被共済者資格取得年月日	年	月	日	年	月	日					
勤労青少年奨学金 技能修得奨学金	学校名	高松医療大学		履修年限	4年制		入学年月	平成	29	年	4	月
	学部 科名	リハビリ科		在学年	3年・回生							
退職せん別金	被共済者資格取得年月日	年	月	日	被共済者期間	年	月					
	退職年月日	年	月	日								

※印欄は記入しないでください。

委任状

受任者住所 高松市番町五丁目6番7号

事業所名 帝都病院

代表者氏名 理事長 京橋 徹

代表者印

私は、上記の者を代理人と定め、上記給付金の申請(請求)及び受領に関する権限を委任します。

令和元年5月1日

委任者住所 高松市番町九丁目1-1

被共済者氏名 東京太郎  
(遺族氏名)

東

事実発生日以降を記入してください。

事象発生日から3か月以上経過しての申請には、遅滞理由書の添付が必要です。