

事業所番号		会員番号		決 裁	事務局長	次 長	係 長	係

(一財)水戸市勤労者福祉サービスセンター給付金請求書

平成 年 月 日

(一財)水戸市勤労者福祉

サービスセンター理事長 様

事業所住所

事業所名

氏 名

⑩

電話番号

下記のとおり給付事由が発生したので、関係書類を添えて請求いたします。

記

1. 給付事由 _____
2. 給付事由発生年月日 平成 年 月 日
3. 給付金額 _____ 円

委 任 状

下記の者を私の代理人と定め、受領行為を委任します。

平成 年 月 日

代 理 人 氏 名	
-----------	--

給付金振込先 (事業所の口座)	金融機関名	銀行	本 支 店
	(普通・当座)	□ 座	
	口座番号	名義人	