

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

令和 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

事業所電話番号

氏名(受給者) ⑩

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

- 給付事由 \_\_\_\_\_
- 給付事由発生年月日 令和 年 月 日
- 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。

代理人氏名	
-------	--

給付金振込先	金融機関名	銀行	本店
	(普通・当座)		
	口座番号	口座 名義人	

※「委任状」について

①給付金は、会費引落口座へ振込みますので、給付金の受給者は口座名義人である事業所に受領行為を委任するものとします。(「代理人氏名」欄は口座名義人、「給付金振込先」欄は事業所の口座を記載してください)