

出産祝品申請書

公益財団法人日本教育公務員弘済会石川支部 支部長 様

年 月 日申請

◆ 下記の通り給付の申請をいたします。

ふりがな
申請者名



所属（勤務先）

職員コード

自宅住所 〒



	ふりがな 出生児氏名	出産年月日	続柄	給付金額
		年 月 日		5,000円
		年 月 日		5,000円
		年 月 日		5,000円

祝品受取口座（申請者本人口座）

（口座番号は右詰でご記入ください）

金融機関	支店	種類	口座番号	口座名義（カタカナ）
北國銀行		普通		

※ 申請受付期間：事由発生後1年以内

※ 事由発生時・申請時において会員であること

◆ ご記入いただきました個人情報は当会の福祉事業の運営のためにだけ利用します。

当会の個人情報の取扱については、ホームページ (<http://www.nikkyoko.or.jp/policy/index.html>)
でご確認できます。



申請書送付先： 920-0901 金沢市彦三町2丁目1番45号 むさしビル6階

※事務局使用欄

1	給付	2	教弘保険未加入	3	重複
---	----	---	---------	---	----

受付日（ ） 送金日（ ）