

# 香 げ 料 請 求 書

令和 年 月 日

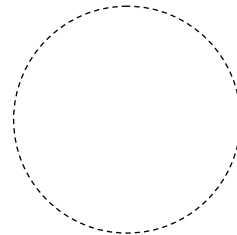
一般財団法人 新潟県教職員厚生財団理事長 様

氏 名 所 属 所	氏 名	<input type="text"/>			所 属 所	<input type="text"/>			
	職員コード	<input type="text"/>			所属コード	<input type="text"/>			
新潟市の職員は8桁の番号を記入									
死 亡 者	氏名	<input type="text"/>	年令	<input type="text"/>	死 亡 年月日	令和	年	月	日
請求者との 続 柄 (○で囲む)	夫・妻・実父・実母・養父・養母・義父・義母								
	実子・養子・子の配偶者・孫								
	実祖父・実祖母・実兄・実弟・実姉・実妹・その他 (続柄 団員が扶養者の場合に限る)								
受 取 金 融 機 関	銀行・信金・信組 労金・農協		フリガナ		<input type="text"/>				
	支店 支店番号 ( )		口座名義人		<input type="text"/>				
請 求 者	上記のとおり請求します。								
	署 名							<input type="text"/>	
添 付 書 類	いずれか1通								
	<input type="checkbox"/> 死亡者との関係が分かる 戸籍謄本(写し) <input type="checkbox"/> 会葬挨拶状 (除籍謄本または死亡診断書でも可)								
備 考	1 請求期限は事由発生後3年以内です。								
	2 在団期間が6か月を超えない者に対する贈与金額は半額です。								

## 財 団 処 理 欄

番 号	送金年月日	種 類	枝 番	贈 与 額
		05		円

受 付 印



理事長	理 事	事務長	係	点 検	入 力