

出生祝金請求書 (出-1)

令和 年 月 日

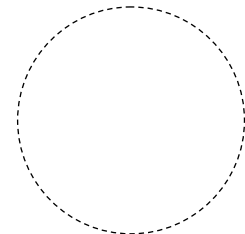
一般財団法人 新潟県教職員厚生財団理事長 様

氏名 所属所	氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/> 職員コード <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed black;" type="text"/> <p style="font-size: small; text-align: center;">新潟市の職員は8桁の番号を記入</p>	所属所 所属コード	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%; border-bottom: 1px dashed black;" type="text"/>
新生児名			
生年月日	令和 年 月 日		
受取 金融機関	銀行・信金・信組 労金・農協	フリガナ 口座名義人	
	支店 支店番号 ()	口座番号	
請求者	上記のとおり請求します。 署名		 印
添付書類	いずれか1通 <input type="checkbox"/> 請求者の戸籍謄本（写し） <input type="checkbox"/> 母子手帳の出生届済証明（写し）		
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
		01		円

受 付 印



理事長	理 事	事務長	係	点 検	入 力