

事務局長	次長	参事	主幹	係長	主査	係	記帳	決定決議書			
								決定年月日			
次のとおり決定します。								資格取得 年 月 日			
<table border="1"> <tr> <td>決定額</td> <td>円</td> </tr> </table>								決定額	円	資格喪失 年 月 日	
決定額	円										

せん別金請求書

請求額	円	就職年月日	年	月	日
		退職年月日	年	月	日
会員期間数	年 月	うち平成24年4月以後の会員期間数			年 月
請求者の 受取金融機関	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組			本店・支店 本所・支所 出張所
	普通預金口座番号				
	フリガナ				
	預金名義人氏名				

上記のとおり請求します。

年 月 日

所属所		
会員番号		
氏名	(印)	
遺族が 請求する 場合	氏名	(印)
	会員との続柄	
	現住所	

一般財団法人滋賀県市町村職員互助会理事長 様

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

所属所長

備考1 特別職であった者が請求する場合は、履歴書を添付してください。

2 遺族が請求する場合は、遺族の順位を証明する書類を添付してください。

(注) 氏名欄は、請求者本人の署名(本人の自書)による場合は、押印不要です。ただし、代筆又は印刷の場合は押印(認め印可)してください。