

様式給第6号の2

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		
								資格喪失 年 月 日		
決定額								円		

会員特別給付金請求書

就職年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
退職年月日	年 月 日	会員期間数	年 月 満年齢 歳
請求事由 (該当する事由の番号に○をしてください。)			請求額
1. 満44歳以上で銀婚慶祝記念品を受けていない。			円
2. 結婚祝金及び出産祝金を受けていない。			円
3. 会員期間が10年(特別職は4年)以上で出産祝金を受けていない。 ※2に該当するものを除く。			円
請求額合計			円

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 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

(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。