※FAX不可

給付金請求書 兼 変更届（祝金用）

※会員番号が 10,000 台の方はサービス対象外です。

一般社団法人 伊勢地域勤労者福祉サービスセンター 理事長 殿

会員番号 －

事業所名

会員氏名

提 出 日 年 月 日

下記のとおり、一般社団法人 伊勢地域勤労者福祉サービスセンター給付事業規程に基づき給付金を請求し、それに伴い下記の事項を変更します。

※該当する項目のみご記入ください。

給付項目	給付金額(円)	内 容 （＊は登録内容を追加・変更します）
結婚祝金	10,000	婚姻年月日： 年 月 日 ＊新氏名：(フリガナ) ＊新TEL： ( ) ＊新住所：〒 **※住所、TELの変更がある場合はご記入ください。**

同 居 家 族 の 変 更 **※続柄・生年月日は増えた方のみご記入ください**

☐ ←現在の登録同居家族がすべて減となる場合はチェック✓してください。

同 居 家 族 氏 名	続 柄	生 年 月 日	変更内容
		年 月 日	増 ・ 減
		年 月 日	増 ・ 減
		年 月 日	増 ・ 減
		年 月 日	増 ・ 減
		年 月 日	増 ・ 減
		年 月 日	増 ・ 減
		年 月 日	増 ・ 減

出生祝金	10,000	＊出生児氏名：(フリガナ) ＊続柄(例：長男、長女) ＊出生年月日： 年 月 日
銀婚祝金 (要添付書類)	7,000	配偶者氏名： 婚姻年月日： 年 月 日 満 25 年を迎えた日： 年 月 日
入学祝金 小学校 中学校	7,000	就 学 者 氏 名 ： 続 柄(例：長男、長女)： 就学者生年月日 ： 年 月 日 学校名： 入 学 年 月 日 ： 年 月 日 学校 **※入学式以降にご提出ください。**
二十歳祝金	7,000	満 20 歳を迎えた日： 年 月 日
還暦祝金	7,000	満 60 歳を迎えた日： 年 月 日

※給付金は事業所の会費引落口座へ振込いたします。

【事業主証明】
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日

代表者名 ㊞

◆ ジョイワーク事務処理欄

給付予定日	変更入力	会員証発行	備 考	決裁	事務局長	次 長	係