

神戸市民間社会福祉施設職員退職手当共済事業  
退職手当給付金請求書・退職届

社会福祉法人 神戸市社会福祉協議会 理事長 宛

施設番号 □□□□□□	法人名	印
	施設名	
	施設長	

加入者番号 □□□□□	(フリガナ) 加入者氏名	印
		印

下記の退職理由に基づき、退職手当給付金を請求いたします。

就職年月日(西暦) 年 月 日 □□□□□□	加入年月日(西暦) 年 月 日 □□□□□□	退職年月日(西暦) 年 月 日 □□□□□□
------------------------------	------------------------------	------------------------------

退職理由	( ) 1. 退職 2. 解雇 3. 死亡 4. その他( )
給付種類	( ) 1. 退職一時金 2. 遺族一時金

受給者住所	【現住所】 郵便番号 □□□□□□	注)源泉徴収票記載住所および退職者宛の給付金支給通知書の送付先となります。正確にご記入ください。
	住所 □□□□□□□□□□	
	電話番号 □□□□□□	受給者氏名 □□□□□□ 印
	【退職日の属する年の1月1日現在の住所】 ( ) 1. 現住所と同一 2. 現住所と異なる 2.の場合 1月1日現在の住所を下欄に記入 □□□□□□□□□□	