年　　月　　日

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	
	施設名 施設長	

加入者番号	（フリガナ） 加入者氏名

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

退職理由	(　　) 1. 退職　2. 解雇　3. 死亡　9.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
	住所
	電話番号　　受給者氏名

(2022.1)