

退職手当金交付申請書

年 月 日

社協受付日付印

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

契約者番号・施設番号					—				
契 約 者	法人名及び 代 表 者								印

次のとおり退職手当金を茨城県民間社会福祉施設職員等退職手当支給制度規程に基づき、申請します。

退 職 者 氏 名										
退 職 の 理 由	(退職理由)									
退 職 者 の 現 住 所	郵便番号	—								
退 職 者 の そ の 年 1 月 1 日 現 在 の 住 所	郵便番号	—								
加入職員となった 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	退 職 年 月 日	平成	年	月	日	

注) 加入期間が1年未満(掛金納入が12ヶ月未満)に満たないで退職した場合は、退職手当金支給の対象外となりますので、提出は不要です。