

厚生費受給申請書

年 月 日

茨城県民間社会福祉事業従事者互助会 様

退会年度	職員番号	退会者氏名	退会の理由	会員となった 年 月 日	S・H R	年	月	日
		㊟ (申請者認印)		退 会 年 月 日	H R	年	月	日

送金通知書 送付先	郵便番号						住 所					
				-								
振込先 金融機関	金融機関名		支店名		預金種目		口座番号			口座 名義	(フリガナ)	
					1. 普通 2. 当座							

.....以下記載不要.....

会員となる期間	算定基礎額	交付決定額
昭 63.3.31 まで	1年 円 月 円	
昭 63.4.1 から 平 14.9.30 まで	1年 6,000 円 月 500 円	
平 14.10.1 から 平 18.3.31 まで	1年 5,760 円 月 480 円	
平 18.4.1 以降	1年 3,600 円 月 300 円	

台帳登録 年 月 日	年 月 日	係員 ㊟
送 金 年 月 日	年 月 日	係員 ㊟