

退 会 届

受付日付印

茨城県民間社会福祉事業従事者互助会長 様

平成 年 月 日

加入施設 団体番号	
施設・団体の 名称及び 氏 名	

下記の者が退会いたしますのでお届けいたします。

記

職員番号	氏 名	会員となった 年 月 日	退 会 年 月 日	退 会 の 理 由	備 考
		S H 年 月 日	H 年 月 日		

註 1部控とし、本会に1部提出して下さい。

台帳登録 年月日	平成 年 月 日	係員
-------------	----------	----

厚生費受給申請書

平成 年 月 日

茨城県民間社会福祉事業従事者互助会長 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	昭和 平成	年	月	日
		㊟ (申請者認印)		退 会 年 月 日	平成			

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		預金種別		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	年	1年	円				
		月	円				
昭63.4.1から 平14.9.30まで	年	1年	6,000円				
		月	500円				
平14.10.1から 平18.3.31まで	年	1年	5,760円				円
		月	480円				
平18.4.1 以降	年	1年	3,600円				
		月	300円				

台帳登録 年月日	平成	年	月	日	係員
					㊟
送金日	平成	年	月	日	係員
					㊟