

遺児育英資金受給申請書・請求書

令和 3年 10月 1日

一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 様

申請者 氏名 互助 一郎
(親権者 氏名 互助 花子)

次のとおり一般財団法人広島県教育職員互助組合運営規則第19条に基づく給付金を請求します。

① 組合員、受給権者及び親権者等事項

組合員	氏名	互助 太郎	所属名	広島小学校
	組合員番号	654321	所属コード	12345
	死亡年月日	令和 3年 9月 10日		
受給者	フリガナ 氏名	ゴジョ イチロウ 互助 一郎	組合員との 続柄	長男
	生年月日	平成・令和 21年 5月 1日	電話番号	082-123-4567
	住所	〒765 - 4321 広島市中区互助町1丁目2-3		
親権者 (後見人)	フリガナ 氏名	ゴジョ ハナコ 互助 花子	受給権者 との続柄	母
	住所	受給権者と(同居・別居)	電話番号	082-123-4567
		(受給権者と同居の場合、省略可) 〒 -		

② 給付金受取口座

受取金融機関	広島 銀行 本店 (口座番号) 金庫 支店 信用組合 農協 普通預金No. 1234567
口座名義人 (カナ氏名)	互助 花子 ゴジョ ハナコ

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 3年 10月 1日

所属長職氏名 校長 広島 教子

※1 この様式は遺児1人につき1枚提出してください。

2 添付書類……親権者(後見人)と受給者の続柄が確認できる書類

給付金受取口座の金融機関名、本支店名、口座番号及び名義人が確認できる頁の写し
在学証明書(受給者が高等学校等に在学している場合)