

福祉手当金申請書（初回用）

¥ 20,000 -

事務局長	課長	係長	係

給付をうける理由							課長	
発生年月日	年	月	日	続柄	氏名	年齢		
入社年月日	年	月	日	添付書類			係長 現業長	
贈与部規則第2条により福祉手当金を支給願います。								
年 月 日				共済組合員番号				係
所属		氏名				印		

上記の事実相違ないことを証明いたします。

所属長 印

所属会社確認欄	有	無	確認印
①健保扶養者			
②所得税障害者控除			
③所得税扶養控除			

※③は後期高齢者の場合のみ、扶養要件の有無を記載

※ 支給対象 身体障害1級、2級、3級、知的障害A1、A2、B1、B2、精神障害1級、2級に該当すること
左記の確認が有であること

※ 申請書送付経路 申請者→所属長→所属会社確認→共済組合 提出

※ 添付書類

- 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・愛の手帳 の写し(カード型は両面)
- 住民票 (申請者と対象者の同居または関係が証明できるもの) の写し
- 受給対象者が後期高齢者の場合は、ガイドブック1-6頁「受給資格の確認について」を参照

※ 支給は月末までに申請のあった分を翌月から支払開始となります。事由発生日まで遡及しての支給申請はできません。

※ 初回受給時から1年経過後、最初に到来する3月25日までに「福祉手当金申請書(再申請用)」を提出し、以降毎年3月25日までに提出して下さい。

※ 支給原因が消滅したときは、速やかに支給停止の手続きを取って下さい。

受付日		支払開始日	
-----	--	-------	--

共済組合員番号は必ず記入して下さい。