

様式給第3号

事務局長	次長	参事	主幹	係長	主査	係	記帳	決 定 決 議 書		
								決定年月日		
次のとおり決定します。								資格取得 年 月 日		
								資格喪失 年 月 日		
<b>出 産 祝 金 請 求 書</b>										
請求金額	円				出産年月日	年 月 日				
出産者が 会員で ない場合	出産者の氏名		出産者の 生年月日			年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 出産者は会員の扶養家族に認定されている <input type="checkbox"/> 出産者は会員の扶養家族に認定されていない			出生児の氏名 及び会員 との続柄		( 第 子 )				
請求者の 受取金融機関	金融機関名		銀行・金庫 農協・信組				本店・支店 本所・支所 出張所			
	普通預金口座番号									
	フリガナ									
	預金名義人氏名									
上記のとおり請求します。										
年 月 日										
		所 属 所								
		会 員 番 号								
		氏 名	印							
		現 住 所								
一般財団法人 滋賀県市町村職員互助会理事長 様										
医師又は 助産師の 証 明	年 月 日		は、出産したことを証明する。							
	年 月 日									
	証明者 住 所 氏名		印							
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。										
年 月 日										
所属所長								印		

備考 出産の事実（同じ父母で第3子以降の子の出産についてはその事実）及び会員の配偶者（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）が出産したときは、会員と会員の配偶者である事実を証明する書類を添付してください。