

| | |
|-----|---|
| 理事長 | 係 |
| | |

互助会給付金申請書

(弔慰金・就業不能見舞金・脱退慰労金)

H18. 5. 1 改正

年 月 日

山口県理容生活衛生同業組合

理事長 殿

住所 _____

申請者 _____ 印

この度、下記の事由により、互助会細則第7条・第8条・第11条による給付を申請いたします。

※ 必要な番号を○で囲んでください。

1. 弔 慰 金

- | | | |
|-----------------------|-----------|------------|
| (1) 会員の死亡 | 100,000 円 | (香典・花輪代含む) |
| (2) 配偶者の死亡 | 40,000 円 | (香典・花輪代含む) |
| (3) 一親等の親族(同居家族のみ)の死亡 | 10,000 円 | (香典含む) |

| (会 員) 死亡者氏名 | 死亡年月日 | 年齢 |
|-----------------------|----------|----------|
| | 令和 年 月 日 | |
| (配 偶 者) 死亡者氏名 | 死亡年月日 | 年齢 |
| | 令和 年 月 日 | |
| (一 親 等 の 親 族) 死亡者氏名 | 続柄 | 死亡年月日 |
| | | 令和 年 月 日 |

2. 就 業 不 能 見 舞 金 (継 続 し て 30 日 以 上) 10,000 円

| 会員氏名 | 就業不能期間 | 傷病名 |
|------|--------------------------|-----|
| | 令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで | |

3. 脱 退 慰 労 金 20,000 円

- (1) 組合員歴30年以上の廃業脱退
- (2) 組合員歴40年以上の名義変更による脱退

| 会員氏名 | 1 廃業 2 名義変更 | 年月日 | 組合加入(名義変更) 年月日 | 組合員歴 |
|-------|----------------|----------|----------------------|------|
| (才) | | 令和 年 月 日 | 昭和 平成 年 月 日 令和 | 年 |

支部名 _____

支部長名 _____ 印