

入 学 祝 金 請 求 書

会 員 氏 名		共 済 組 合 員 等 記 号 番 号	公立高知						
入 学 児 氏 名 続 柄	氏名 続柄 ()	所 属 所 住 所	〒						
入 学 児 生 年 月 日	平成 年 月 日	所 属 所 名							
入学児の被 扶養者認定 (どちらかに○)	① 認定されている ② 認定されていない	請 求 金 額							円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人高知県教職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 〒</p> <p>請求者</p> <p>氏 名</p> <p>TEL — —</p>									
支 給 金 額	※	円	入学児の共済組合員 被扶養者認定確認済	※担当者サインまたは印					

上記のとおり請求がありましたので提出します。

令和 年 月 日

職 名

所属所長

氏 名

注意事項

- ※は記入しないでください。
- 入学児が請求する会員である共済組合員の被扶養者に認定(入学年度の4月1日時点)されている場合は、この請求書のみ提出してください。
- 上記(2)に該当しない場合は、入学児の戸籍(入学年度の4月1日以降に市区町村役場から発行されたもの)を添付(写し可※全ページをコピー)してください。
- 請求金額は入学児1名につき10,000円です。双生児以上の場合は、人数×10,000円の金額を記入してください。
- 会員資格を取得した日以降に給付事由が発生した場合に給付対象となりますので、採用前や知事部局、国、市町村等に出向されている間に給付事由が発生した場合は給付対象となりません。