

受	付	印	支	給	年	月	日	年	月	日	常	務	理	事			係
			支	給	金	額											
			確	認													
			支	給							備	考					

神奈川県医療福祉企業年金基金理事長 殿

就学祝金請求書

(様式第4号)

事業主	加入者番号		加入者氏名	⑩
	就学年月日	年 月 日(入学式の日)		
	就学した子の氏名			加入者との続柄
	就学した小学校名	小学校		
	配偶者の勤務先			
の証明	上記のとおり相違ないことを証明します。(事業所番号)			
	年 月 日			
	事業所所在地			
	事業所名称			
明委任状	事業主氏名 ⑩			
	<p>* 必ず記入してください *</p> <p>上記、就学祝金の受領を事業主(事業主名) _____</p> <p>に、委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">委任者氏名(請求者) ⑩</p>			
振込先金融機関名 (事業所の取引金融機関)		銀行 信用金庫 信用組合 店		
口座種別	普通・当座	口座番号		
口座名				
現金書留を希望する場合の担当者氏名				

* 請求者本人の口座には振込はできませんので、事業所の口座をご記入くださいますようお願いいたします。

(就学祝)

第6条 就学祝は、毎年4月1日を基準日とし、その基準日に在職中の加入者である子が小学校に入学したときに支給する。

2 前項の就学祝の支給要件および支給額は次のとおりとする。

支給額 加入者の子1名に対し 5,000円

(権利の消滅)

第11条 この規定による給付を請求する権利は、その給付事由の発生した日の翌日から起算して2年以内に行使しないときは、時効により消滅するものとする。