

退職関係給付金等申請書											
退職年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日				所属番号	6	5	4	3	2	1
生年月日	昭和〇年〇月〇日 (〇歳)				職員番号	1	2	3	4	5	6
退職時の所属名	鹿児島中央小学校										
退職後の住所	〒 (892 - 0841)				電話 (099) 225 - 4555						
	鹿児島市照国町11-35										
<p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合の規程に基づき下記のとおり申請します。</p> <p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">平成26年4月1日</p> <p style="text-align: right;">氏名 <u>互助太郎</u> 互助</p>											
申請する給付の種類											
1 給付規程第6条による『退職生業資金』及び特別見舞金規程第11条による『積立金』											
2 給付規程第5条の6による『退職組合員慰労費』 (20年以上の組合員期間を有し、退職したとき) (使用方法については別紙参照)						(希望の項目に〇印) ア JR九州の旅行券 イ JTBのギフト旅行券 ウ 近畿日本ツーリストのツーリスト旅行券 エ 阪急交通社のハイレジャーギフト券 オ 鹿児島県旅行業協同組合の旅行券					
3 退職互助規程第2条による『退教互』への加入 について (10年以上の互助組合期間を有し、50歳以上で退職したとき)						(希望の項目に〇印) <input checked="" type="radio"/> 1 加入します。 (下の配偶者及び縁故者欄等も記入してください。) <input type="radio"/> 2 加入しません。					
『退教互』へ加入する方で、現在、身体障害者1.2級の認定を受けていますか。(該当の項目に〇印) 1 受けている。 2 受けていない。 ← どちらかに〇印 (注)『退教互』加入後の医療補助金について 退職互助規程第8条の規定により、身体障害者1・2級の認定を受けている方は、市町村から医療費助成金があるため、医療補助金は給付されません。											
配偶者	フリガナ	ゴジョ ハナコ				性	生年月日				
	氏名	互助 花子				別	いづれかに 〇 1男 2女	〇〇年 〇〇月 〇〇日 生			
縁故者	氏名	互助二郎	続柄	子	住所	〒 (892-0853)			電話		
		鹿児島市城山町1-2-3			(099) 225-4556						
縁故者	氏名	照国みどり	続柄	妹	住所	〒 (892-0816)			電話		
		鹿児島市山下町4-5-6			(099) 222-7750						
										受付印	
(注) 1 給付金は、当方に口座登録してある預金口座に振り込みますので、この口座は退職後も解約しないでください。 2 『退職組合員慰労費』については、別紙「旅行券の使用法等について」をご覧ください。 3 『退教互』への加入拠出金については、『積立金』から差し引きます。 4 縁故者欄は、住所変更等により連絡がとれない場合に消息を知るためのものです。なるべく住所変更の生じない方を記入してください。											