様式第15号

退職関係給付金等申請書

退職年月日	年　月　日	所属番号							
生年月日	年　月　日（　歳）	職員番号							
退職時の所属名									
退職後の住所	〒（　－　）	電話・携帯電話 －　－ －　－							

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合の給付規程第4条による『退職生業資金』及び特別見舞金規程第4条による『積立金預り金』の還付を申請します。

また，退職互助規程第2条による『退職互助事業』を利用する場合は，積立金預り金から拠出金を差引くことに同意します。

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長　殿

年　月　日

氏　名　　印

退職互助規程第2条による『退職互助事業』の利用について（希望の項目に〇印）

（　）　希望します　⇒ 以下1～3もご記入ください。

（　）　希望しません　⇒ 以下1～3の記入は不要です。（希望しない理由をご記入ください。）

【理由：　　】

1　身体障害者の認定について

（　）受けていない　（　）受けている　〔　等級（　　）級　〕

（注）退職互助規程第6条により，身体障害者1・2級の認定を受けて，市町村から医療費助成金がある方は，医療補助金が給付されません。

2　配偶者について

フリガナ		生年月日	電話番号
氏名		年　月　日	

3　縁故者について

フリガナ		続柄	住所	電話番号
氏名			〒	
フリガナ		続柄	住所	電話番号
氏名			〒	

受付印

（注）
1　申請書に記載の連絡先等が変更になる場合は，「退教互諸変更届（退様式第1号）」を提出してください。
2　配偶者は，保養施設利用補助の対象者として登録します。配偶者が互助組合員または被扶養者でない場合も記入してください。
3　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。