

生きがい対策支援助成金
特別弔慰積立給付金 請求書
退職慰労記念品費

所属コード	組合員証番号	職名	フリガナ		男・女
			氏名		
退職時の所属所名		会員資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
退職年月日	令和 年 月 日	特別弔慰積立の期間	昭和 平成 平成 25 年 3 月 31 日まで	年 月 日から	
退職事由	1 定年 2 勸奨 3 普通 4 死亡 5 特別会員 6 その他 [a 異動 b 任期付 c 再任用 d 臨時的任用 e 会計年度任用]				
振込先の銀行名	岩手銀行 本店 口座番号 号				
上記のとおり請求します。 一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様 令和 年 月 日 (〒 -) (TEL - -) 住所 請求者 氏名 ※(死亡退職者との続柄)					

- (注) 1 請求者住所は、退職後の現住所を詳しく記載してください。(マンション等は、部屋番号まで記入をお願いします。)
2 退職事由は、○で囲んでください。(6 その他は、a～eを○で囲んでください。)
3 死亡退職者の場合は、請求者名義の通帳の写しを添付してください。(通帳の写しには、銀行名、支店名、名義にフリガナを記入してください。岩手銀行以外でも可ですが、ゆうちょ銀行は可能な限り避けてください。)
4 死亡退職の場合、※欄の記入をお願いします。
5 平成25年4月1日以降に互助会加入の方が退会するときは、会員期間が6か月以上ある場合に提出してください。
6 再任用等の方の資格取得年月日は、再任用になった日を記載してください。