

慶弔給付金請求書

神奈川県行政書士会横浜中央支部 御中

会員氏名	(登録名：)
登録番号	(会員番号：)
事務所住所	
電話番号	(請求者と日中連絡可能な番号)

私は、神奈川県行政書士会横浜中央支部規則第24条に基づき、下記給付金を請求します。つきましては、下記の金融機関口座へお振込みください。

記

給付原因	会員の結婚・罹災・死亡・配偶者又は同居の親族の死亡 (該当する事項を○で囲んでください。)			
給付原因発生日	_____年 ____月 ____日 (請求期限は、原因発生日の翌日から起算して1年です。)			
振込先金融機関名	支店名	預金科目	口座番号	口座名義人
				(フリガナ)

以上

(請求日) _____年 ____月 ____日

請求者住所： _____

請求者氏名： _____ (会員との続柄： _____)

*請求者が会員の場合は、職印を捺してください。それ以外の場合は、認印を捺してください。



(請求先) 神奈川県行政書士会横浜中央支部事務局

FAX : 045-489-5638

郵送 : 〒220-0023 横浜市西区平沼1-40-9-815