

会社名 日本ペイント(株)

会員No. 9999

所属 **部

給付申請書(2)

氏名 ニッペ 一郎

印

※ 原則として、入学祝除き、1か月単位申請とする。

申請項目	申請内容			添付書類	給付金額
該当する項目を○で囲んで下さい。	入院補助金	対象者氏名 <u>ニッペ 花子</u> 続柄 <u>妻</u> 傷病名 <u>胃潰瘍</u>		入院計算書・領収書等入院期間又は日数が明確なもの(写で可)	60,000 円
		入院期間 <u>XX年XX月XX日</u> ~ <u>XX年XX月XX日</u> (# 日間) 通算給付日数 <u>20</u> 日間			
	災害見舞金	損害の程度(詳細に)		(写で可) 市町村長の証明 必要に応じ被災状況写真添付	円
		世帯主(持家・借家・社宅)・非世帯主・独身で実家被災			
	在宅介護援助	対象者氏名 (続柄) 理由及び介護サービス内容		支払い理由が分かる領収書(写で可)	円
サービス期間		年 月 日 ~ 年 月 日 (週分) 通算給付回数(年間) 回/12回 (月1回とする)			
	対象者氏名 (続柄) 理由及び介護機器用品名		円	円	
	本申請のレンタル期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (ヶ月分)				
育児援助金	対象者氏名 (年 月 日生) 利用施設名		領収書(写で可)	円	
	サービス期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (ヶ月分) 通算給付月数 ヶ月/12ヶ月				
入学祝	入学者氏名	生年月日	入学学校名	送付先住所(※必ず記入)	
	(1)	年 月 日		〒	
	(2)	年 月 日		Tel	
	(3)	年 月 日		希望品名	

給付金振込先 ニッペ 銀行 大淀 支店 普通 当座
 (入学祝を除く) 口座番号 9999999 フリガナ ニッペ イチロウ
 口座名義 ニッペ 一郎

給付合計 60,000 円

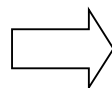
上記金額正に領収しました。

XX年XX月XX日

氏名 ニッペ 一郎

印

会社 センター 窓口			
------------------	--	--	--



事務局			
-----	--	--	--