

様式第21号(第12条の2関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

市町名		受付 年月日		送付 年月日	
-----	--	-----------	--	-----------	--

脱退等一時金給付請求書

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

(加入者)

氏 名

次のとおり、静岡県心身障害者扶養共済制度の脱退等一時金の給付を請求します。

請求の区分		1 脱退一時金 (口数追加 有 ・ 無) 2 口数減少一時金 [(1) 加入の承認を受けた口分] (2) 口数追加の承認を受けた口分]			
加入番号					
加入年月日		年 月 日	口数追加年月日	年 月 日	
加入者	氏 名	男 女	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所		心身障害者 との続柄		
心身障害者	氏 名	男 女	生 年 月 日	年 月 日	
脱退又は口数の減少をした年月			年 月		
振込先	金融機関名	支店名	預金の種類	口座番号	口座名義人
			1 普通預金 2 当座預金		