

出産祝金申請書

協同組合日本脚本家連盟 殿

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 申請日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

申請者（連盟員）情報

| | |
|--------|---|
| 氏名（本名） | 印 |
| 筆名 | |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | |

下記のとおり申請します。

| | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------|
| ふりがな | | | |
| お子様のお名前 | | | |
| お子様の性別 ※該当するものに✓をつけてください。 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | 申請者との続柄 |
| 出生年月日※ | 年 | 月 | 日 |
| 出産場所 (病院名等) | | | |

※申請事由の発生から6ヵ月以内にご申請ください。

受取方法選択 ご希望の受取方法に✓をつけてください。

| | | |
|----------------------------------|-----------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 口座振込み | 銀行名 | |
| | フリガナ支店名 | |
| | 種別 | <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通 |
| | 口座番号 | |
| | フリガナ口座名義 | |
| | | <p>・ 口座振込みを選択された方は振込み先の口座情報をご記入ください。 ・ ご申請者様の本人名義の口座に限ります。法人口座には振込みできません。 ・ 振込みが完了しましたら、明細をお送りします。</p> |
| <input type="checkbox"/> 2 現金 | 現金書留にてご郵送 | |

※以下連盟使用欄

| | | | | |
|----|----|----|-----|-------|
| 決裁 | 受付 | 調査 | 委員長 | 支払 |
| | | | | 年 月 日 |