

出 産 祝 金 請 求 書

給 付

横浜市職員厚生会

職員番号							所属名	局・区	課
ふりがな								出 産 年月日	年 月 日生
出生児 氏 名									

¥ 15,000 . -

年 月 日

出産祝金として上記金額を請求します。

横浜市職員厚生会長

会員住所

ふりがな

氏 名

※ 給付金の受領方法

原則、給与に合算して支給します。（給与明細を確認してください。）

育児休業等で、給与支給がない場合は□欄チェックのうえ、次の要件を満たす振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。（ただし、ゆうちょ銀行の場合は通帳の写しを添付してください。）

- ・銀行名、支店名または支店番号、預金種目、口座番号、口座名義人（フリガナ）が明確に確認できること。
- ・振込先は請求者氏名と一致する口座名義であること。

【育児休業取得予定期間】 年 月 日 ～ 年 月 日

※育児休業取得予定のある方は、期間を記入してください。

☐ 給与支給がないため、別紙口座に振り込んでください。

【所属福利厚生担当課決裁欄】

上記申請内容を確認しました。

所属長	課 長	係 長	係 員