

脱退一時金給付請求書

加 入 番 号			脱退（減少）区分	1 脱退 2 一口目減少 3 二口目減少
加 入 者	氏 名	男	生 年 月 日	年 月 日
		女	心身障害者との続柄	
	加入年月日	年 月 日	口数追加年月日	年 月 日
心 身 障 害 者	氏 名	男 女	生 年 月 日	年 月 日
脱 退 し た 年 月			年 月	
支 払 方 法	1 隔地払（郵便局）			
	2 口座振替			
	（金融機関名） _____			
	（支店名） _____			
	（口座種別） _____			
（口座番号） _____				
（口座名義人） _____				
※口座名義人はカタカナ書きとすること。				
上記のとおり、脱退一時金の給付を請求します。				
年 月 日				
（加入者） 氏 名				
福島県知事 様				

添付書類

- 1 福島県心身障害者扶養共済制度条例第9条による脱退（減少）届
- 2 福島県心身障害者扶養共済制度加入証書又は福島県心身障害者扶養共済制度口数追加証書
- 3 加入者及び心身障害者の住民票（ただし、加入者又は心身障害者の氏名と住民票に記載された氏名が異なる場合は、その者の戸籍の抄本）