様式５

脱会届兼脱会給付金受給申請書

年　月　日

一般社団法人
埼玉県社会福祉事業共助会理事長 様

施設団体名

所属長名　　印

所　在　地

電話番号

施設団体番号

加入年月日　　年　月　日

脱会年月日　　年　月　日

最終払込年月（西暦）　　年　月

会員番号

フリガナ	
脱会者氏名	

脱会者

郵便番号

都道府県
市区郡名

町村字名

地番

電話番号

受給者
氏　名　　印

脱会理由

振込金融機関

銀行番号

銀行名

支店番号

支店名

預金種別
1.普通
2.当座

口座名義
カナ

口座番号

（漢字）

共助会受付印

ご注意

1. 文字・数字は枠内中央にはっきりとお書き下さい。

＜ 提出期限各月１０日迄 ＞