

年 月 日

会 員 互 助 会		
会長	副会長	会計幹事

佐倉市シルバー人材センター会員互助会

(慶弔・傷病・災害見舞金・届書)

事由	1. 慶弔金	(慶 祝 ・ 葬 儀) 年 月 日	
	2. 見舞金	入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 病院名等:	
	3. 災 害	災 害 地 :	
会員番号	地区班	会員氏名	支払金額
			金 円

供 覧		シルバー人材センター事務局				
会長	副会長	事務局長	次長	経理主任	総務主任	事務担当

慶弔・傷病・災害見舞金受領書

年 月 日

受領者	会員本人・家族	氏 名 :
	代 理 人 (班長)	会 員 番 号 : 地区 班
		氏 名 :

※ 傷病見舞金を請求する場合は、入院期間明記の写しを添付のこと。