

(様式第1号)

# 受 領 書

私は、福岡市民間社会福祉事業従事職員福利厚生共済制度の退会一時金相当額として、

\_\_\_\_\_の立て替えにより、次の金額を受領いたしました。

金、\_\_\_\_\_円

年 月 日

施 設 番 号 \_\_\_\_\_

施 設 名 称 \_\_\_\_\_

加入職員番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

加入職員氏名 \_\_\_\_\_ 印

(様式第 2 号)

# 委 任 状

私は、(住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_

を代理人と定め、下記の事項を委任いたします。

## 記

福岡市民間社会福祉事業従事職員福利厚生共済制度規程第 23 条に基づき支給される退会一時金の請求並びに受領に関すること。

年 月 日

施 設 番 号 \_\_\_\_\_

施 設 名 称 \_\_\_\_\_

加入職員番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

加入職員氏名 \_\_\_\_\_ 印