

(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