

佐教互

# J A 葬儀補助請求書

所属名						
所属コード						

給付コード			会員番号 (職員番号)							家族 コード		葬儀・告別式の日						補助額							
												年号・年			月		日								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	24	25	26	27	28	29	30
9	9	3								0	0	R									1	0	0	0	0

J A 斎場名																							
故人の氏名																							
喪主または施主	喪主 ・ 施主 が 会員 ・ <u>会員の同居家族</u> ( ○で囲む ) ( 氏名 )																						

上記のとおり請求します。 ( 臨時的任用職員のみ 雇用期間 月 日 ~ 月 日 )

なお、上記内容について、互助会が J A セレモニーさが及び J A 伊万里に確認することに同意します。

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様

令和 年 月 日 請求者氏名 (自署)  
所属電話番号 ( ) -

- ※ 補助は、J A セレモニーさがまたは J A 伊万里発行の領収書 (請求書) 写しの金額が税別 50 万円以上のものに限ります。
- ※ J A からつ管轄の斎場は、補助の対象外です。  
( J A からつ山本斎場 / 浜玉斎場 )
- ※ 施主とは、葬儀の代金決済者をいいます。
- ※ ① J A 葬儀補助請求書 ② J A セレモニーさがまたは J A 伊万里発行の領収書写し (口座振込の場合は請求書写し)  
③ 世帯全員の住民票写し (会員の同居家族が喪主または施主の場合のみ) (マイナンバーを記載しないもしくはマイナンバー部分を黒塗り) を提出してください。 (左上ホチキス留め)
- ※ 葬儀・告別式の日「翌々月末まで」に提出してください。