



課 長	課 長 補 佐	主 監	係 長	係
--------	------------------	--------	--------	---

互 在会表彰金請求書

互 助 会

			※ 支給額	円
会 員 番 号	氏 名		所 属 所 名	
—				
加 入 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日	会 員 期 間	年
上記のとおり請求いたします。				
一般財団法人高知縣市町村職員互助会理事長 殿				
令和 年 月 日				
請求者氏名 _____				
上記記載事項に相違ないことを証明いたします。				
令和 年 月 日				
所属所長名 _____				

●対象となる会員は、請求年度の前年度末(3月31日)において、在会期間が20年を経過した会員となります。

※ 会員期間が継続されている会員で、外部転入・外部転出等より、加入年月日に変更になっている場合は、加入当初の年月日を記載し証明ください。

※会員の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を請求書内へ押印してください。