

理事長	副理事長	経理部長	担当部長	担当

(様式2)

令和 年 月 日

新潟県美容業生活衛生同業組合  
理事長 竹内 聖二 様

支部名

---

支部長名

---

㊞

## 共済会 慰労金・退職慰労金 申請書

1. 下記組合員は、共済会に30年以上加入していましたが、この度廃業し後継者がおりませんので慰労金の申請をいたします。

※ 保健所に提出した廃業届のコピーを添付してください。

2. 下記組合員は、共済会に20年以上加入していましたが、この度事業を承継しましたので退職慰労金の申請をいたします。

※ 事業承継者の共済加入申込書を添付してください。

組合員氏名		㊞	共済No.		
店舗名					
店舗住所	〒 -				
電話番号	— —				
種別	1. 廃業 80,000円	廃業年月日 年 月 日			
	2. 事業承継 50,000円	※ 2親等以内の親族・又は法人の場合は代表者に限る。 承継者氏名		共済No.	
振込口座 (現組合員)	金融機関名		支店名		
	フリガナ		預金種目		
	預金者名		普通・当座		
		口座番号(右づめで記入)			
※ ゆうちょ銀行ご指定の場合は、振込用の店名・預金種目・口座番号をご記入ください。					

◎ 事務局記入欄

年 月 ~

年 月

加入年月 年 月

(2019.5.1)