

AFC 給付金申請書

※ 事由発生より6ヶ月以内にAFC事務局に申請（直上経由にて）

■申請者記入欄①

組織コード			申請日	西暦 年 月 日
氏名	フリガナ：	生年月日		年齢
	印	西暦	年 月 日	
住所・電話番号	〒	TEL	—	—
申請者会員区分	1. 販社会員 2. アルソアサロンねむの樹会員 3. ねむの樹ビューティーカウンセラー会員			

■申請者記入欄② 下記の事項につき、給付金を申請いたします。（申請する欄にご記入ください）

傷病見舞金 ※1年以内に同一疾病名にて申請がないこと	病名：			
	病院名：	入院期間 (5日間以上)	入院：年 月 日	退院：年 月 日
	添付書類：5日間以上の入院を証明する書類（例：入院費用の領収証のコピー）			
出産祝品	フリガナ：	性別	生年月日	
	お子様名前： (お名前のみ)	男・女	西暦	年 月 日
	添付書類：お子様の名前・性別・生年月日を証明する書類（例：健康保険証のコピー）			
災害見舞金	災害名： (例：台風〇号)	被災日	西暦	年 月 日
	被害状況： (例：床下浸水)			
	添付書類：被害状況を証明する写真			
弔慰金	死因： (例：肺がん)	死亡日	西暦	年 月 日
	添付書類は不要です			

■系列販売組織確認欄

販社	アルソアサロンねむの樹／ねむの樹地区本部		
販社名：	サロン名：		
印	サロンオーナー名：		
西暦 年 月 日	西暦	年 月 日	印

■AFC事務局確認

AFC年会費納入 有り 無し