

## A F C 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○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

## ■AFC事務局確認

AFC年会費納入 ☐ 有り ☐ 無し