

障害給付金請求書

※ ※ ※ 太線の枠内だけご記入ください。
 ※ 「身体障害者手帳」の写しを添えてください。
 ※ 個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。

所 属 名		氏 名		所属の互 助会担当 者確認印	㊟
所属コード		職員番号			
身体障害者手帳交付年月日			昭和 平成	年	月 日
障 害 等 級	級	障害等級の変更による差額請求のときは変更前 の等級をご記入ください。			級
上記のとおり請求します。					
平成 年 月 日					
氏 名					
㊟					
一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様					
送 金 先	銀行 支店		フリガナ		
	店 番 号	口 座 番 号	名 義		
		(普)			

※ 店番号は必ずご記入ください。
 ※ 送金指定の金融機関への振込票を領収書にかえますので、ご了承ください。

事 務 局 記 入 欄					
給 付 内 訳	障 害 等 級	級	差 額 請 求	級 →	級
給 付 金 額 ㄥ					
給付年月日 平成 年 月 日				係	受 付 印