

## 障害給付金請求書

※ 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	
所属コード		職員番号	
身体障害者手帳交付年月日		年	月 日
障害等級		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。	
添付書類・会員チェック欄	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し		
上記のとおり請求します。			
令和 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	名義 ※カタカナで記入
	店番号	口座番号	
	(普)		

※ 店番号は必ずご記入ください。

※ 送金手数料の関係で、できるだけ「宮崎銀行」を指定いただきますようご協力お願いします。

## 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 円				受付印
				担当
給付年月日	令和	年	月	日