

## 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		H R	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。	級 級
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 <span style="float: right;">印</span>			
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。なお、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
給付年月日 令和 年 月 日				係