

○会員が身体障害者手帳の交付を受けたとき

様式10

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。

①	所属名	橘中学校	氏名	宮崎夏海
	所属コード	14000	職員番号	000001
②	身体障害者手帳交付年月日		令和6年 7月 1日	
	障害等級	4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 checked="" 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 6年 7月 1日				
氏名 宮 崎 夏 海 				
一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様				
③	送金先	宮崎 銀行 ○○ 支店		名義 ※カタカナで記入
		店番号	口座番号	
	000	(普) 000007		

注) 等級が変更になった場合は、差額を給付します。

- ① 所属名／所属コード・氏名／職員番号を記入してください。(※ゴム印可)
- ② 身体障害者手帳交付年月日と障害等級を記入して、「身体障害者手帳」の写しを添えてください。
- ③ 会員本人名義の送金口座を記入してください。