

○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	1 4 0 0 0	職 員 番 号	0 0 0 0 0 1
②	身 体 障 害 者 手 帳 交 付 年 月 日		令和 ○ 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。 級	
	添付書類・会員チェック欄	☒ 身体障害者手帳の写し		
上 記 の と お り 請 求 し ま す 。 令和 ○ 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	ミヤザキナツミ
		店 番 号 口 座 番 号 000 (普) 0000007		

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、「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。