

給付種別	03	障害見舞金請求書				※ 互助組合 受付印
氏名 個人コード			学校名 学校コード			
請求金額			※ 給付決定金額			
上記金額を下記のとおり請求します。 年 月 日 学 校 名 請求者 氏 名 (印) (自筆署名の場合、印不要) 一般社団法人 京都府教職員互助組合理事長 様						
新 等 級	級		手帳交付年月日	年 月 日		
旧 等 級	級		〃	年 月 日		
注、<u>身体障害者手帳の写しは、</u> <u>住所・氏名・級・認定日等が</u> <u>確認できるものを添付してください。</u>						

▼学校コード及び個人コード印を使用してください。
▼身体障害者手帳の写しを添付してください。
▼※印以外はすべてご記入ください。