

| | | | | | |
|---|----|----------|--------------|---|---|
| 給付種別 | 03 | 障害見舞金請求書 | | ※ | |
| 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。