

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。