

身体障害者給付金請求書

一般社団法人 沖縄県教職員共済会理事長 殿

一般社団法人沖縄県教職員共済会給付規程に基づき身体障害者給付金を請求します。

請求金額	千	円
------	---	---

会 員 記 入 欄	会員番号	フリガナ	印	(支部記入欄) 退互部加入年月
	氏名			年 月
	勤務先番号	勤務先		
	振込先 (本人名義に限る) (点線を <input type="text"/> で囲って下さい)	銀行 支店	普通預金 口座番号	
	住 所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	電話番号	
	身体障害者手帳交付年月日	20 年 月 日	障害等級	級
(旧) 身体障害者手帳交付年月日	20 年 月 日	級		

上記のことについて相違ないことを証明します。

20 年 月 日

所属団体 _____

公印

所属長 _____

上記のことについて副申します。

年 月 日

支部長 _____

--

決 裁					年 月 日		支 部 受 付	
理事長	専務理事	常務理事	部 長	係	事務局長	受付照査		

支 部 受 付

※添付書類：身体障害者手帳（写）
※日付はすべて西暦でご記入下さい。

お願い 訂正の場合は、必ず本人の印でお願いします。(修正液等は使用しないで下さい。)