

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退職互助部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

住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TEL	
	フリガナ	区分	1. 退互部会員
氏名	印		2. 準会員
障害者手帳交付年月	20 年 月 日	障害等級	級
(旧) 障害者手帳交付年月	20 年 月 日	障害等級	級

上記のことについて相違ないことを証明します。

年 月 日

一般社団法人沖縄県教職員共済会

退職互助部 支部 会長

(本部記入欄)

支部地区コード	決 裁 年 月 日					支 部 受 付		支部受付月日
	理事長	専務理事	常 務	部 長	係	事務局長	退互事務局長	
加入年月日								
会員番号								

添付書類：障害者手帳のコピー