

別記様式5

会員番号は右詰めでご記入ください。

5 5 1										障 害 見 舞 金 請 求 書																																							
現職会員番号*右詰めでご記入ください										フリガナ										ゴジョ タロウ										所属										札幌 市町村立									
0 0 0 1 2 3 4 5 6										会 員 氏 名										互助 太郎										所名										教職員互助会小 学校									

会 員 の 生 年 月 日										該 当 に 印										3 昭和 4 平成										4 9 年 0 5 月 0 5										等級は間違いのないように記入してください。									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

身体障害者手帳 交 付 年 月 日										5 令和 0 4 年 0 7 月 1 4 日										障 害 の 程 度										身体障害者手帳の交付 (3 級)									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

障害の程度が上位に増進した場合										昭和 平成 令和 既に交付を受けていた手帳の交付年月日及び等級 年 月 日 (級)										障害の等級が増進した方は、この欄に前回交付時の詳細事項をご記入ください。(初めて請求される方はここには何も記入しないでください)										1 2									
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

請 求										請求金額 500,000 円 を請求しますので、口座へ送金してください。										令和 5 年 2 月 14 日									
										一般財団法人北海道公立学校教職員互助会理事長 様																			
										〒 住 所										ご自宅の住所を記入してください。									
										(自宅) (011) *** - ****										氏 名 互助 太郎 (印)									
										(携帯) (090) **** - ****										* 現職会員本人が請求する場合は、押印を省略できます。									

送 金 口 座										口座振込(普通預金口座に限る) ●送金口座の記入にあたっては、裏面を参照してください。 ●口座名義は、会員(遺族が請求する場合は、請求者)の名義であること。																													
										ゆうちょ (銀行・金庫) 000 本 (支店) 科目										口座番号 (右詰め)										口座名義(カタカナ)									
										金 融 機 関 コ ー ド 9 9 0 0 店 コ ー ド 0 0 0 1										0 1 2 3 4 5 6										ゴジョ タロウ									
										入金してください。(記号 19000 -番号 01234567)																													
										送金先の口座は「会員(請求者)の名義」の「普通預金口座」をご記入ください。(配偶者や被扶養者名義の口座には送金できません)																													
										ゆうちょ銀行をご指定の場合は、通帳をご確認の上、この欄に記号・番号を記入してください。																													

(差額給付の場合記入)										障 害 55001 ~																			
入力金額										0 0 0 0 0 円										修正 整 理 番 号									
互助会受付印										給 付 す べ き 額 円																			
										既に交付を受けていた手帳の級に対応する額 円																			
										差 引 給 付 額 円																			
										備 考										担 当									