

障 害 見 舞 金 請 求 書						
職 員 番 号		請 求 金 額	一 金 円			
障 害 名						
身体障害者手帳 交付年月日	年 月 日					
身体障害者 等級表による級別		身体障害者 手帳番号				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;"> 所属コード _____ 所属名 _____ 職 _____ 氏 名 _____ (印) </p> <p>一般財団法人 福井県教職員互助会理事長 様</p>						
副 申 書						互助会受付印
<p>申請人は上記のとおり身体障害者手帳を交付されたことに相違ないことを申し副えます。</p> <p style="text-align: center;"> 所属所名 _____ 職 印 _____ 所属長名 _____ </p>						
振 込 先	銀行 コード	0147	支店 コード	必須	普通口座番号	口座名義 (カタカナ)
	福井銀行	本・支店		必須	必須	必須

- 備 考
1. この請求書には身体障害者手帳の写しを添付してください。
 2. 振込銀行は必ず請求者本人の口座を記入してください。