

<b>障 害 見 舞 金 請 求 書</b>						
職 員 番 号		請 求 金 額	一 金	円		
障 害 名 (障害の程度)						
障害を受けた 年 月 日	年	月	日	退職した場合 退職年月日	年	月 日
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所属コード _____ 所属名 _____</p> <p>職 _____ 氏 名 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p>会員住所 _____</p> <p style="text-align: center;">Tel _____</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重度障害により退職を余儀なくされたことに相違ないことを申し副えます。</p> <p>所属所名 _____ 職 印</p> <p>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

- 備 考 1. この請求書には障害の原因及び程度、予後の見込みを記載した医師の診断書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。