

# 障害見舞金請求書

会員氏名				所属名			
職員コード				所属コード			
請求金額	金				円		
身体障害者手帳 交付年月日		年		月		日	
障害程度等級				級			
上記のとおり請求します。							
一般財団法人新潟県教職員互助会理事長 様							
年 月 日							
請求者 氏名				®			
所属電話番号							
添付書類 身体障害者手帳の写し					事務局受付印		

---

## 添付書類は下記のとおりです

---

- 身体障害者手帳の写し