

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	
身体障害者手帳 交付年月日	年 月 日	身体障害者等級 表による等級	級
等級変更により 手帳の再交付を 受けた場合	等級変更による差額請求のときは、 変更前 の手帳の交付年月日及び等級を記入		
	年 月 日	身体障害者等級 表による等級	級
請求金額	金 円		
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			
			受付印

【添付書類】

- ◆ 初回（等級変更の場合は、変更後）の身体障害者手帳の写し
（氏名、生年月日、等級、障害名、交付年月日及び再交付年月日が確認できる部分）
※ 再交付年月日の記入がない場合でも当該頁を添付願います。
- ◆ 等級が変更となり手帳の再交付を受けた場合は、**変更前**の手帳の交付年月日及び等級が分かる書類の写し（前回の身体障害者手帳の写しなど公的機関等が発行しているもの）
ただし、平成22年4月以降に当互助会から障害見舞金の給付を受けた方については、添付を省略できます。