

障害見舞金請求書

会員氏名	◆◆ ◆◆	所属名	新潟県立〇〇高等学校
職員コード	000000	所属コード	000000
身体障害者手帳 交付年月日	(和暦) 令和 4 年 2 月 1 日	身体障害者等級 表による等級	1 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 (和暦) 平成 27 年 1 月 5 日	身体障害者等級 表による等級	6 級
請求金額	金	100,000	

初回又は変更後の手帳の交付年月日及び等級を記入

等級が変更となり手帳の再交付を受けた方のみ、変更前の手帳の交付年月日及び等級を記入
※初めて手帳を交付された方は記入しないでください。

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

(和暦)
令和 4 年 2 月 5 日

請求者 氏名 ◆◆ ◆◆

所属電話番号 025-111-1111

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。