

# 障害見舞金請求書

整理  
番号

平成 年 月 日					
一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様					
下記のとおり請求いたします。					
組合員 (請求者) 記入欄	所属所コード		組合員番号		
	発生年月日 (記入不要)		4	年 月	
	所属所名	TEL ( ) -			
	フリガナ			加入年月	S 年 月 H
組合員の氏名	氏	名	(印)	生年月日 S 年 月 日 H	
医師の 証明	労働基準法施行規則別表第2身体障害等級表 第 級 に該当するものと認める。				
	身体障害者福祉法施行規則別表第5号身体障害者障害程度等級 第 級 に該当するものと認める。				
	障害の原因		医師の		
	発生年月日	年 月 日	意見		
上記のとおり相違ないことを証明します。					
平成 年 月 日					
住 所 病 院 名 医 師 名					
TEL ( ) - (印)					
所属所 記入欄	上記の記載事項は、事実と相違ないと認めます。				
	平成 年 月 日				
	所属所長氏名 (職印)				
事務取扱者氏名 (印)					
互助組合 記入欄	裁 定		調 査	給 付 日	
	76	障害見舞金			
受 付 日					

- 身体障害者手帳が交付されている方  
身体障害者手帳の写しを添付してください。(医師の証明は不要)
- 身体障害者手帳が交付されていない方  
労働法又は福祉法のいずれかで医師の証明を受けてください。

### 個人情報の取扱について

障害見舞金請求書の内容は、給付資格調査、給付額算定、障害見舞金に係る給付金送金処理のために利用いたします。

# 障害見舞金請求書

整理  
番号

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様

下記のとおり請求いたします。

組合員 (請求者) 記入欄	所属所コード		組合員番号		発生年月日 (記入不要)	4	年	月
	0000789000		00567890					
	所属所名	静岡市立駿河小学校			TEL (054) 254-3626			
	フリガナ	サンボンバシラ		サブロウ		加入年月	S	○ 年 ○ 月
組合員の氏名	氏	三本柱		名	三郎		(三本柱)	
					生年月日	S	○ 年 ○ 月 ○ 日	
医師の 証明	労働基準法施行規則別表第2身体障害等級表				第 級 に該当するものと認める。			
	身体障害者福祉法施行規則別表第5号身体障害者障害程度等級				第 級 に該当するものと認める。			
	障害の原因			医師の	意見			
発生年月日	年 月 日							
上記のとおり相違ないことを証明します。								
平成 年 月 日								
住 所								
病 院 名								
医 師 名								
TEL ( ) -								
(印)								
所属所 記入欄	上記の記載事項は、事実と相違ないと認めます。							
	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日							
	所属所長氏名				清水 太郎		(職印)	
事務取扱者氏名				浜松 あおい		(浜松)		
互助組合 記入欄	裁 定				調 査	給 付 日	受 付 日	
	76	障害見舞金						

- 身体障害者手帳が交付されている方  
身体障害者手帳の写しを添付してください。(医師の証明は不要)
- 身体障害者手帳が交付されていない方  
労働法又は福祉法のいずれかで医師の証明を受けてください。

### 個人情報の取扱について

障害見舞金請求書の内容は、給付資格調査、給付額算定、障害見舞金に係る給付金送金処理のために利用いたします。