

# 障害見舞金請求書

整理  
番号

令和 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)	年	月
	所属所名		TEL ( ) -				
	フリガナ	氏名		加入年月	年 月		
	組合員の氏名				生年月日	S H	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	発生年月日		年 月 日	医師の 意見		
所属所 記入欄	上記のとおり相違ないことを証明します。						
	令和 年 月 日		住 所 病 院 名 医 師 名		TEL ( ) -		
互助 組合 記入 欄	上記の記載事項は、事実と相違ないと認めます。						
	令和 年 月 日		所属所長氏名		職印		
		事務取扱者氏名		印			
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。

# 障害見舞金請求書

整理  
番号

令和 ○ 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)	年	月
	0 0 0 0 7 8 9 0 0 0		0 0 5 6 7 8 9 0				
	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	○ 年 ○ 月	
組合員の氏名	氏	三本柱		名	三郎		<input checked="" type="checkbox"/> 三本柱 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H
	組合員の氏名	三本柱		名	三郎		
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。							
令和 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。						
	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日						
	所属所長氏名			清水 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 職 <input checked="" type="checkbox"/> 職印	
事務取扱者氏名			浜松 あおい		<input checked="" type="checkbox"/> 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。