障害見舞金請求書

給付コード								
1	公務	0	0	3	0	−	0	0
2	公務外	0	0	3	0	−	0	1
3	福祉法	0	0	3	0	−	0	2

区分
H

一般財団法人 大阪府教職員互助組合理事長様

太枠のみご記入ください。

会員番号		所属名	☎（　　－　　－　　）
フリガナ			
氏　名			
住　所	〒　　－	☎（　　－　　－　　）	

別紙の書類を添えて下記のとおり請求します。

請求額	￥	給付決定額	￥
症状固定年月日（身体障害者手帳の発行日）	年　月　日	別表1・2	公務・公務外・身体障害者福祉法　級
外傷を受けた事由または疾病名および症状	公務　公務外　交通事故等		

振込先	銀行名		支店名		普通	口座番号	
フリガナ							
口座名義人（請求者本人）							

担当者	資　格	受　付

〈添付書類〉 1．公務外の場合・・・・身体障害者手帳
または医療機関が発行するもので障がいの程度および症状固定日を明示したもの
2．公務の場合・・・・・ 地方公務員災害補償基金の公務災害認定通知書および決定通知書
3．退職せざるを得なくなった場合・・1．または2．および退職せざるを得なくなった事実を証するもの

◎　添付書類は鮮明な写しをもって原本に替える事ができます。

※　ご記入いただきました個人情報は、当該事業の適正な運営に必要な業務にのみ利用いたします。

給付は、受給事由が発生した日から3年以内に請求があった場合に限って、これを行うことができます。