

# 身体障害者給付金請求書

一般社団法人 沖縄県教職員共済会理事長 殿

一般社団法人沖縄県教職員共済会給付規程に基づき身体障害者給付金を請求します。

請求金額	0	0	0	0	0	円
------	---	---	---	---	---	---

会 員 記 入 欄	会員番号	カガナ			印
		氏名			
	勤務先番号	勤務先			
	振込先 (本人名義に限る) (点線を <input type="text"/> で囲って下さい)	銀行 労金		支店	普通預金 口座番号
	住所	〒	-	電話番号	
	身体障害者手帳交付年月日	20	年	月	日
(旧)身体障害者手帳交付年月日	20	年	月	日	級

お願い 訂正の場合は、必ず本人の印でお願いします。(修正液等は使用しないで下さい。)

決 裁			支 部 受 付	
常務理事	部 長	係	事務局長	受付照査

(支部記入欄) 退互部加入年月
年 月

支 部 受 付

添付書類：身体障害者手帳（写）  
日付はすべて西暦でご記入下さい。