

育児手当金請求書

		給付コード						
1	満6歳	0	0	7	1	-	0	0
2	満12歳	0	0	7	1	-	1	0
3	満15歳	0	0	7	1	-	2	0
4	満6歳加算のみ	0	0	7	1	-	0	1
5	満12歳加算のみ	0	0	7	1	-	1	1
6	満15歳加算のみ	0	0	7	1	-	2	1

一般財団法人大阪府教職員互助組合理事長殿

太枠のみご記入ください。

会員番号 (職員番号)		所属名	〒 (- -)	区分
フリガナ				K
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	¥						
フリガナ									
扶養家族氏名									
出生年月日			年		月			日	
	満6歳	満12歳	満15歳	満6歳加算	満12歳加算	満15歳加算			

振込先 (番号を○で囲んでください)				
1	公立学校共済組合に届出の口座			
2	大阪府教育委員会に届出の法定外諸控除金振込口座(A口座)			
特に上記以外の口座を指定する場合は記入してください。				
銀行名	支店名	普通	口座番号	口座名義
				請求者本人

担当者	資格	受	付

- 〈添付書類〉
- 障がい児の場合………身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳
 - 特定患者の場合………特定疾患医療受給者証または、特定疾患医療援助金給付承認通知書

〈注意〉 上記2の特定疾患の患者には、特定疾患軽快者は含みません。

- ◎ 添付書類は鮮明な写しをもって原本に替えることができます。
- ※ 請求書に記載いただきました個人情報、当該事業の正常な運営に必要な業務、および当互助組合の円滑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。