

# 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

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				H
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			年		月		日	別表1・2		公務・公務外・身体障害者福祉法				級
負傷発病年月日			年		月		日							
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 (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〉 1. 公務外の場合・・・身体障害者手帳等  
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。  
※ 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。