葬祭等補助金請求書〈高度障害〉													
			年	月	日	校县	経 長	由担	当者				
¥	300,0	000											
上記の	金額を請求します。					所	     	=					
横浜市	i立学校教職員互助					<i>F</i> )I	 	·······················学校					
フリガナ 請求者氏名						会 員	番号	릉					
種別	記	載	事	項		添	付	書	類	※審査			
葬祭等 補助金	フリガナ 高度障害に なった者の氏名					〈高度障語 互助会が 該当する。 書	定める	高度障	害状態に師の診断	※受付			

- ※ 添付書類は写でも可。
- ※ 請求者ご本人様が、黒色のボールペン(消せるボールペンは不可)でご記入ください。
- ※ 教職員の会員については、給与に加算して支給します。
- ※ 休職等で給与支給がない場合は、給与支給口座に互助会から振り込みます。
- ※ 振込先をご記入いただく場合は、請求者本人名義の口座を指定してください。

		口座番号														号						
振込		銀行												支后	<u>吉</u>	(普	通預	金)				
<u>火</u>	口座	]座 姓と名の間は1マス空けて左詰めでご記入ください。濁点も1マスお使い下さい。																				
先	名義人																					
	(カナ)																					