

(甲規様式第5号)

所属名	
所属コード	
フリガナ	
氏名	
職員番号	

互助会受付

※	事務局長	事務局次長	課長	係
※				

※ 一金 円也

※ 査定の結果上記のとおり支給金額を決定します。  
年 月 日

## 高度障害見舞金請求書

一金 円也

	高度障害者氏名		障害発生年月日	年 月 日
--	---------	--	---------	-------

請 求 事 由	高度障害 の 状 態	<p>高度障害の状態とは、次の各号のいずれかに該当する場合をいう。（国民年金法第30条に定める施行令別表の障害等級1級に該当するもの）</p> <p>(1) 両眼の視力の和が0.04以下のもの</p> <p>(2) 両耳の聴力レベルが100デジベル以下のもの</p> <p>(3) 両上肢の機能に著しい障害を有するもの</p> <p>(4) 両上肢のすべての指を欠くもの</p> <p>(5) 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの</p> <p>(6) 両下肢の機能に著しい障害を有するもの</p> <p>(7) 両下肢を足関節以上で欠くもの</p> <p>(8) 体幹の機能に、座っていることができない程度、又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの</p> <p>(9) 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号の同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの</p> <p>(10) 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの</p> <p>(11) 身体の機能の障害、若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの</p>
	<p>（該当する項目を○で囲んでください。）</p>	

上記のとおり請求します。  
年 月 日

所属名  
職氏名  
住所（自宅）〒

一般財団法人 大分県教職員互助会会長 殿

- ※印欄は記入しないこと。
- 障害程度の認定についての通知書を添付すること。  
(添付書類は、原本又は写し。写しの原本証明不要)
- 本人の押印及び所属長証明は不要とする。

送金先… 公立学校共済組合に届け出ている口座に振込みます。  
(公立学校共済組合員以外の会員は互助会に届出ている口座に振込みます。)