

身体障がい者等見舞金請求書

受 付

事務局長	事務局次長	課長	係

郡市番号一覧					
中津市 1	豊後高田市 3	宇佐市 5	別府市 7	杵築市 8	速見郡 9
国東市・東国東郡 10	大分市 11	臼杵市 12	津久見市 13	由布市 14	佐伯市 16
竹田市 18	豊後大野市 20	日田市 21	玖珠郡 23	県外 24	

給 付 額
※ 千 円
1 0 0 0 0

上記のとおり見舞金額を決定します。

請求日 年 月 日 年 月 日

郡市番号	会員証番号

請求書の記入者が会員のご家族や代理の方の場合
 氏 名 () 療養者との続柄 ()
 電話番号 (- -)

請求者氏名 (フリガナ) (漢字)	住所	〒 電話番号 - -	
		該当者氏名 (フリガナ) (漢字)	該当者会員種別 (該当する種別に○をつけてください) ① 退職者会員 ② 退職者会員配偶者 ③ 退職者会員継承者 ④ 特別会員

給付該当者の生年月日
大正 年 月 日
昭和 年 月 日

障害者医療証(受給者証)番号	身体障害者等級表 による級別	級
----------------	-------------------	---

貼付欄

ここに下記①②の写し(コピー)を添付してください。

- ① 身体障害者手帳等(氏名・級の確認できる部分)
- ② 障害者医療証(重度心身障がい者医療費受給者証)

見舞金の該当者は、身体障がい者または被爆者として認定を受け、国や市町村から医療費の補助があり、互助会から療養費の給付がない会員とその配偶者です。

(ご注意)・太枠内をすべて記入してください。