

単身者給付品請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名	
		会員番号		会員氏名	
互助会加入年月日		昭和 平成 年 月 日 令和	在会年数		年 月
退職年月日		令和 年 月 日			
請求金額		円		決定金額	円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 150px;">自宅住所</p> <p style="margin-left: 50px;">請求者 職名</p> <p style="margin-left: 150px;">氏名 ㊟</p> <p style="margin-left: 50px;">生年月日 年 月 日 満 歳</p>					
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 50px;">所属所長 職氏名 印</p>					<p>所属所受付印</p>

- ※ 氏名を自署する場合は押印不要
- ※ 戸籍抄本を添付すること。