

資格	有	給付額	金
	無	事由	

(様式第6号)

長期療養者慰謝金請求書			
学校名 (所属所名)			職名
			職員番号
氏名			性別 男・女
	年 月 日生		
傷病名			
発病年月日	年 月 日		治癒年月日 (見込)
			年 月 日
療養区分	入院 (○で囲む)		自 年 月 日
	自宅療養		至 年 月 日
	入院 (○で囲む)		自 年 月 日
	自宅療養		至 年 月 日
送金先	阿波銀行 県庁支店 (やまもも)	フリガナ 名義人	殿
		口座番号	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">請求者氏名 (印)</p> <p>上記のとおり認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">_____ 学校(園)</p> <p style="text-align: center;">_____ 所属長氏名</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin-left: auto;">印</div> <p>公益社団法人徳島県教育会理事長殿</p>			

※ 氏名・学校名については、徳島教育に掲載いたしません。