

遺児育英資金請求書

所属コード				組員証番号				職名		会員氏名			
所属所名								死亡年月日		令和 年 月 日			
遺児氏名													
生年月日		平成 令和 年 月 日生 (歳)		平成 令和 年 月 日生 (歳)		平成 令和 年 月 日生 (歳)							
住 所													
元会員との 続 柄													
学 校 名													
学 年													
請求金額		円		振込先の 銀行名		銀行 支店		預金種目(普通・当座) No. (ふりがな) 口座名義					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(〒 -) (TEL - -)</p> <p>住 所</p> <p>請 求 者 氏 名</p> <p>(元会員との続柄)</p>													
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(〒 -) (TEL - -)</p> <p>所 属 所 在 地</p> <p>所 属 所 名</p> <p>職 名</p> <p>所属所長 氏 名</p>													