

遺児育英資金請求書

通知区分	0	0												
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			平成 年 月 日生 (歳)					平成 年 月 日生 (歳)						
生年月日			平成 年 月 日生 (歳)					平成 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 (印)</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> <p>職印</p>														