|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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） 自宅療養 | 自　　　　　年　　　月　　　日至　　　　　年　　　月　　　日 |
|  入 院 　（◯で囲む） 自宅療養 | 自　　　　　年　　　月　　　日至　　　　　年　　　月　　　日 |
| 送　金　先 | 阿波銀行県庁支店(やまもも) | ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ名 義 人 |  |
|  　 　　　　　　　　　　　　　　　殿 |
| 口 座 番 号 |  |
|  上 記 の と お り 請 求 し ま す。 請求者氏名 印 上 記 の と お り 認 め ま す。 　　 年 月 日印 　　 　 　 学校（園） 　所属長氏名　　　　　　　　　　　　 公益社団法人徳島県教育会理事長殿 |

 　※　氏名・学校名については、徳島教育に掲載いたしません。