

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	----- 年 月 日生	性 別	男 ・ 女
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)	自平成	年 月 日
	自 宅 療 養	至平成	年 月 日
	入 院 (○で囲む)	自平成	年 月 日
	自 宅 療 養	至平成	年 月 日
送 金 先	阿波銀行 県庁支店	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;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">学校（園）長（所属所長）</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">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。