

健康手当金請求書

令和 年 月 日

山口県知的障害者福祉協会長 様

施設名

支部長名

印

下記のとおり請求します。

NO	会員名	会員NO	給付金	NO	会員名	会員NO	給付金
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

合計 名 円

請求金額 金 _____ 円 (健康手当金単価) 円 × _____ 名

振込先 金融機関名： _____ 銀行 _____ 支店
 口座番号等： (普通・当座) No. _____
 口座名義人： _____
 (フリガナ) _____