

眼鏡見舞金振込依頼書

一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会理事長 様

見舞金給付規程に基づき、眼鏡見舞金の給付を依頼します。

なお、眼鏡見舞金につきましては、次の「見舞金振込口座」【被災者本人(原則)の個人名義】への振込をもって受領したことを認めます。

立 _____ 園・学校 P T A 会長(代表)

公印

事務担当者名 _____

※氏名欄の◎は三文判で結構です。

請 求 者	住 所	〒	—	郡・市			
	フリガナ 氏 名	◎印		連絡先	電話 () 自宅 勤務先		
	銀 行 等	銀行 信用金庫 信用組合 農 協 労 金					
		支店 (支所) 普通総合口座番号					
		口 座 名 義	フリガナ 氏 名				
	金 融 機 関	記 号				番 号	
		郵便局 おなまえ					
おところ							

【個人情報の取扱いについて】 本会が取得した個人情報は、共済制度の適用を判断するために、審査および医療機関等関係者への問い合わせ、共済金の支払に利用する以外には、業務の適切な運営の確保等に必要と認められる最小範囲の利用に限定します。

一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会事務局記入欄

左記のとおり給付を決定する。

年 月 日

種 別	金 額
眼鏡見舞金(上限2万円)	円

理 事 長	事 務 局 長
支払日	
年 月 日	