

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)

事務担当者名 _____

※請求者欄は全て『自署』でご記入ください。

請求者	住所	〒 _____		郡・市			
	フリガナ氏名				連絡先	電話 () 自宅 勤務先	
	眼鏡見舞金振込口座 金融機関	銀行等	銀行 協 信用金庫 信用組合 農 協 労 金				
			支店 普通 (支所) 総合 口座番号 当座				
			口座名義	フリガナ氏名			
	郵便局	記号				番号	
		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、見舞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

種別	金額	審査完了日	支払日
眼鏡見舞金(上限2万円)	円	年 月 日	年 月 日