

# 介護休暇見舞金請求書

※ ※ ※ 太線の枠内だけご記入ください。  
 ※ 請求は一か月単位(暦月)でご記入ください。出勤簿の写しを添えてください。  
 ※ 個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。

所属名		氏名		所属の互助会担当者確認印	㊟
所属コード		職員番号			
介護休暇期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
請求期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 給料が減額された日数及び時間数 ( 日 時間)				
要介護者名			会員との続柄		
上記のとおり請求します。  平成 年 月 日  〒 電話番号  住所  氏名					
一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様					
送金先	銀行 支店		フリガナ		
	店番号	口座番号	名義		
		(普)			

※ 店番号は必ずご記入ください。  
 ※ 送金指定の金融機関への振込票を領収書にかえますので、ご了承ください。

<h2 style="margin: 0;">事務局記入欄</h2>					
給付該当期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 給料が減額された日数及び時間数 ( 日 時間)				
給付金額 円				受付印	
				係	
給付年月日	平成	年	月	日	