

介護休暇見舞金請求書

※ 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		
所属コード			職員番号		
介護休暇期間	H R	年 月 日 から	H R	年 月 日 まで	
請求期間 ※請求は一か月単位 (暦月)でご記入ください	H R	年 月 日 から	H R	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		
添付書類・会員チェック欄	<input type="checkbox"/> 出勤簿の写し				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 電話番号</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: center;">一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様</p>					
送金先	銀行 支店		名義 ※カタカナで記入		
	店番号	口座番号 (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。なお、送金手数料の関係で、できるだけ「宮崎銀行」を指定いただきますようご協力お願いします。

事務局記入欄					
給付該当期間	年 月 日 から		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	令和	年	月	日	