


○会員が2週間以上の介護休暇を取得したとき

様式11

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。

①	所属名	橋中学校		氏名	宮崎夏海	
	所属コード	14000		職員番号	000001	
②	介護休暇期間	令和6年6月1日から令和6年7月31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	令和6年6月1日から令和6年6月30日まで 給料が減額された日数及び時間数 ( 19日 4時間)				
	要介護者名	宮崎みどり		会員との続柄	母	
	添付書類・会員チェック欄	<input checked="" 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 6年 7月 1日</p> <p style="text-align: right;">〒880-0801 電話番号 0985-00-0000</p> <p style="text-align: right;">住所 宮崎市老松1丁目2番2号</p> <p style="text-align: right;">氏名 宮 崎 夏 海 </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>						
③	送金先	宮崎 銀行 ○○ 支店		名義	ミヤザキナツミ	
		店番号	口座番号			
	000	(普) 000007				

- ① 所属名／所属コード・氏名／職員番号を記入してください。(※ゴム印可)
- ② 介護休暇期間・請求期間・要介護者名・会員との続柄を記入してください。  
※ 請求期間は1か月単位(暦月)で請求し、出勤簿の写しを添えてください。
- ③ 会員本人名義の送金口座を記入してください。