

○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	橘 中 学 校	氏 名	宮 崎 夏 海
	所 属 コード	1 4 0 0 0	職 員 番 号	0 0 0 0 0 1
②	介 護 休 暇 期 間	令和 ○ 年 6 月 1 日 から 令和 ○ 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 ○ 年 6 月 1 日 から 令和 ○ 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	☒ 出勤簿の写し		
上 記 の と お り 請 求 し ま す 。				
令和 ○ 年 7 月 1 日				
〒 880-0801 電話番号 0985-00-0000				
住 所 宮 崎 市 老 松 1 丁 目 2 番 2 号				
氏 名 宮 崎 夏 海				
一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様				
③	送 金 先	宮 崎 銀 行 ○ ○ 支 店	名 義 ※カタカナで記入	ミヤザキナツミ
		店 番 号		
	000	(普) 0000007		

- 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、「出勤簿」の写しを添えてください。
※ 請求期間は1か月単位(暦月)で請求してください。
- ③ 会員本人名義の送金口座を記入してください。