

リフレッシュ給付金請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名	
		会員番号		会員氏名	
リフレッシュ休暇 申請期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			
請求金額		円		決定金額 (互助会記入)	円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">請求者 職名</p> <p style="text-align: center;">氏名 (印)</p>					
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属所名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">職氏名 (印)</p>					所属所受付印

※氏名を自署する場合は押印不要

※所属所長に提出したリフレッシュ休暇取得計画書の写しを添付してください。リフレッシュ休暇制度が明示されていない所属所は、所属所長が承認した連続休暇取得計画書(様式任意)の写しを添付してください。

※請求金額が5万円超の場合は、休暇中に要した費用のわかる書類も併せて提出してください。

※他の給付金と同様に申込みの締切りは毎月15日頃で、その月の月末に給付します。