

医療補助金(介護料)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	
入院者氏名				会員との続柄	
入院年月日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)			
医療機関名					
傷病名					
介護人氏名					
介護人を付添わせた期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)			
介護料として支払いをした金額		円 × 日 =		円	
介護料として他から補填を受けた金額		円 × 日 =		円	
差引支払金額		円 × 日 =		円	
請求金額		円		決定金額	円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 150px;">自宅住所</p> <p style="margin-left: 100px;">請求者 職名</p> <p style="margin-left: 150px;">氏名 Ⓜ</p>					
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 100px;">所属所長 職氏名 印</p>					<p>所属所受付印</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

- ※ 氏名を自署する場合は押印不要
- ※ 介護人からの領収書(写)を添付してください。