

介護休暇給付金請求書

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	
介護休暇期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
請求の基礎となる期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)			
給料		級号給	給料の月額		円
被介護書の氏名				年齢	歳
傷病の程度					
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: 100px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 100px;">自宅住所</p> <p style="margin-left: 100px;">請求者 職名</p> <p style="margin-left: 100px;">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: 100px;">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

※ 給料減額に係る介護休暇休業取得整理表(写)を添付してください。