

休業手当金請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名																												
		会員コード		会員氏名																												
休業手当金の																																
請求期間				給付日数	給付率																											
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					50%																											
控除額				円																												
事実発生年月日																																
令和 年 月 日																																
勤務できなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																															
勤務できなかった理由																																
請求該当月の標準報酬月額				円																												
請求金額	円			※決定金額	円																											
令和 年 月 日から令和 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の給料を支払ったことを証明する。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 間 割 円 令和 年 月 日 所属機関の長 職名 給与事務担当者 氏名 <input type="checkbox"/>																																
今回支給日数 (○は該当日) 令和 年 月 分																																
日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
曜日																																
該当																																
標準報酬月額		日 額				日 額				給付日額																						
×1/30 =		円 (10円未満四捨五入)				×5/10 =				円 (円未満切り捨て)																						
給付金額		支給日数				給付額				給付額				控除額				給付決定額														
×		=				円				-				=				円														
支給開始日	令和 年 月 日				前回支給分	令和 年 月 日				今回支給分	令和 年 月 日																					
根拠規程等の証明	地方公務員等共済組合法第70条の第5号に該当することを証明する。 令和 年 月 日 住所 証明者 氏名 <input type="checkbox"/>																															
上記のとおり請求します。 一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様 令和 年 月 日 自宅住所 請求者 職名 氏名 <input type="checkbox"/>																																
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所名 所属所長 職氏名 <input type="checkbox"/>														所属所受付印																		

※ 氏名を自署する場合は押印不要

1. 所属機関の長の証明を受けたい、教職員互助会に提出してください。
2. ※印欄は、記入しないでください。