

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。

所属名			氏名						
所属コード			職員番号						
介護休暇期間	令和	年	月	日	から 令和	年	月	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	月	日	から 令和	年	月	日	まで
	給料が減額された日数及び時間数			(日	時間)			
要介護者名				会員との続柄					
添付書類・会員チェック欄	□出勤簿の写し								
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 電話番号</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様</p>									
送金先	銀行		支店		名義 ※カタカナで記入				
	店番号	口座番号							
		(普)							

※ 店番号は必ずご記入ください。

※ 送金手数料の関係で、できるだけ「宮崎銀行」を指定いただきますようご協力をお願いします。

事務局記入欄									
給付該当期間	年		月	日	から	年	月	日	まで
	給料が減額された日数及び時間数			(日	時間)			
給付金額 円							受付印		
							担当		
給付年月日 令和 年 月 日									