



# 介護休暇給付金請求書

|   |                          |                 |       |   |  |  |  |  |         |       |   |  |
|---|--------------------------|-----------------|-------|---|--|--|--|--|---------|-------|---|--|
|   |                          |                 | 決定額   | ※ |  |  |  |  |         |       | 円 |  |
| 所属コード   | 組合員証番号                   | 職名              | 氏名    |   |  |  |  |  |         |       |   |  |
|   |                          |                 |       |   |  |  |  |  |         |       |   |  |
| 介護休暇取得期間  | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | 要介護者の<br>氏名及び続柄 | (続柄 ) |   |  |  |  |  |         |       |   |  |
| 給料月額  | 級 号給                     |                 |       |   |  |  |  |  | ※給付対象年月 | ※給付日数 |   |  |
|   | 給料月額                     | 円               |       |   |  |  |  |  |         | 年 月   | 日 |  |
|   | 教職調整額                    | 円               |       |   |  |  |  |  |         |       |   |  |
| 給料の調整額  | 円                        |                 |       |   |  |  |  |  |         |       |   |  |
| 請求期間  | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | 請求金額            | 円     |   |  |  |  |  |         |       |   |  |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者 住所<br/>氏名</p>                                   |                          |                 |       |   |  |  |  |  |         |       |   |  |
| <p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(〒 - ) (TEL - - )</p> <p>所属所在地<br/>所属所名<br/>職名<br/>所属所長<br/>氏名</p> |                          |                 |       |   |  |  |  |  |         |       |   |  |

- (注) 1 介護休暇処理票の写しを添付すること。  
 2 請求書は、月毎に別葉とすること。  
 3 介護休暇給付金計算書(様式第115号)に所属所長又は給与事務担当者の証明を受け、併せて提出すること。  
 4 出勤簿の写しを添付すること。  
 5 ※印欄は記入しないでください。