

介護休暇給付金請求書

通知区分	00				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	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	要介護者の氏名及び続柄		(続柄)						
給料月額	級号給				※給付対象年月		給付日数				
	(教職調整額 円) (給料の調整額 円)				年 月		日				
請求期間	平成 年 月 日から	平成 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>平成 年 月 日</p> <p>請求者 住所 氏名 印</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>平成 年 月 日</p> <p>(千 -) (百 - -)</p> <p>所属所在地</p> <p>所属所名</p> <p>所属所長名 職印</p>											

- (注) 1 ※印欄は記入しないでください。
 2 介護休暇処理票の写しを添付すること。
 3 請求書は、月毎に別葉とすること。
 4 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。
 5 出勤簿の写しを添付すること。