

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 令和 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		
	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 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 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 所属所名 職名 所属所長 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。