

# 介護休暇給付金請求書

所属名					
所属コード					

給付コード			会員番号 (職員番号)							家族コード		請求期間の初日						決定額 (記入不要)							
												年号・年			月		日								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	24	25	26	27	28	29	30
9	9	4								0	0	R													

介護休暇の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日										
介護を必要とする者	氏名 (続柄 )										
給付金の請求期間 及び日数	令和 年 月 日 から 日 まで ( 日)										
減額された 給料月額 の60/100	(A)	円									(※ 円未満切捨)
公立学校 共済組合等 からの 給付額	(B)	円									
請求金額	(A) - (B)	円									

上記のとおり請求します。

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様

令和 年 月 日 請求者氏名 (自署)

所属電話番号 ( ) -

- 添付書類 公立学校共済組合員の方は添付不要です。それ以外の方は以下を添付してください。  
 出勤簿の写し (所属長の奥書証明のあるもの)  
 国家公務員共済組合等からの介護休業手当金の写し