

介護休暇補助金請求書

請求金額	円	決定額	※	円
所属所名			所属所コード	
会員氏名			会員番号	
介護対象者氏名			続柄	
介護休暇承認期間	年 月 日	～	年 月 日	
変更後承認期間	年 月 日	～	年 月 日	
共済組合給付期間	年 月 日	～	年 月 日	
互助会給付期間	年 月 日	～	年 月 日	
今回請求期間	年 月 日	～	年 月 日	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">秋田県教育関係職員互助会理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">請求者 フリガナ</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ①</p>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 (電話番号)</p> <p style="text-align: center;">所属所所在地</p> <p style="text-align: center;">所属所名</p> <p style="text-align: center;">所属所長職氏名 職印</p>				

- 1 共済組合の介護休業手当金の給付が終了した日の翌日から30日毎に10万円、30日に満たない場合は5万円給付。
- 2 30日経過後又は介護休暇終了後請求してください。
- 3 出勤簿の写しを添付してください。
- 4 最初の請求と、変更後承認された月の際には、人事異動通知書の写しを添付してください。
- 5 請求に基づく給付金は、登録済の個人口座へ振り込まれます。
- 6 ※印欄には記入しないでください。