

介護休暇給付金請求書

会員氏名		所属名									
職員コード		所属コード									
請求金額 (aまたはb)		金 円									
要介護者	氏名	承介護 期休 間暇	年 月 日 から								
	続柄		年 月 日 まで								
請求月		月	↓請求金額が(2)の場合のみ記入								
請求 金額 内 訳	共 済 組 合 掛 金	短期掛金	円	曜日							
		介護掛金	円	1	2	3	4	5	6	7	
		長期厚生掛金	円	8	9	10	11	12	13	14	
		長期退職掛金	円	15	16	17	18	19	20	21	
	教職員互助会掛金		円	22	23	24	25	26	27	28	
	掛金合計		0 円	29	30	31	給付対象日数			日	
(1) 請求月の休暇日が勤務日数すべての日の場合 * 請求金額=掛金合計		(2) (1)以外の場合 * 請求金額=掛金合計×1/22 (端数切り捨て) × 給付対象日数									
円 (a)		円 (b)									

上記記載の事実に基づき請求します。

一般財団法人新潟県教職員互助会理事長 様

年 月 日

請求者 氏名 Ⓜ

所属電話番号

(注) 1 ひと月単位で請求してください。
 2 請求金額は、請求月の休暇日が勤務日数すべての日の場合 (a) が請求金額となり、それ以外の場合は (b) が請求金額となります。

事務局受付印

添付書類は下記のとおりです

請求月ごとに毎回添付してください

- 請求対象月の給料等支給内訳表（掛金が記載してあるもの）
- 請求対象月の勤務簿又は出勤簿の写し
- 介護休暇簿又は介護休暇の承認通知文の写し