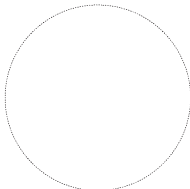


介護休業手当金請求書



所属所受付印

		決定額		円	
所属機関名			氏名		
所属所コード			組合員証 記号番号	公立宮崎 第	号
請求期間	令和 年 月 日から		給料	標準報酬等級 第 級	
	令和 年 月 日まで			標準報酬月額 円	
請求金額	円				
組合員の介護を 必要とする者	住所				
	氏名			組合員との続柄	
介護休業の初日及び末日	初日	令和 年 月 日			
	末日	令和 年 月 日			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものとして認め提出します。 令和 年 月 日 住所 所属所長 所属所名 職 氏 名 電話番号					

※給与支給内訳証明書（様式集60ページ）を添付してください。
※請求金額は空欄で結構です。