



所属所受付印

休業手当金請求書

		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
勤務できなかった 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	給 料	標準報酬等級	第 級	
勤務できなかった 理由					
請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		標準報酬月額	円	
請求金額	円				
根拠規定	地方公務員等共済組合法第70条第 号に該当することを証明します。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名 印				
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 請求者 住所 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 所属所名 所属所長 職氏名 (電話番号)					

※給与支払額証明書(様式集45ページ)を添付してください。
 ※請求金額は空欄で結構です。