

# 介護休業手当金（変更）請求書

(共) 支部様式第 12 号

組合員氏名						
職員番号						
伊万里 華子						
7	7	7	7	7	7	7

所 属 事務担当者印	所 属 名					
	所 属 コー ド					
㊟	〇〇小学校					
	5	5	5	5	5	5

決 定 額		円
-------	--	---

組合員	組合員氏名	(職 名 教 諭 ) 伊万里 華子	標準報酬月額	第 級 円
	資格取得 年 月 日	平成 3 年 4 月 1 日	請求期間	令和 1 年 5 月 1 日 から 令和 1 年 5 月 31 日 まで
介護に関する こと	組合員の 介護を必要 とするもの	住所 佐賀市城内〇 - 〇 - 〇〇〇		
		氏名 伊万里 次郎 続柄( 義 父 )		
	介護休暇 の 期 間	令和 1 年 5 月 1 日 から 令和 1 年 7 月 31 日 まで	請求金額	円

上記のとおり請求します  
公立学校共済組

介護休暇の期間のうち、  
支給期間は通算して 66 日。

令和 1 年 5 月 7 日 請求者 住所 佐賀市城内〇 - 〇 - 〇〇〇  
氏名 伊万里 華子 ㊟  
自宅電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます

令和 1 年 5 月 7 日 所属長 職名 〇〇小学校長 職印  
氏名 本庄 三男  
所属電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

- 出勤簿の写し（原本と相違ない旨の奥書証明のあるもの）及び「報酬支給額証明書」を添付してください。
- 欄は記入しないでください。