

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

所属 事務担当者印	所属名
	所属コード
印	

決定額	円
-----	---

組合員	組合員氏名	(職名)	標準報酬月額	第 級 円
	資格取得 年月日	年 月 日	請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 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		支給日数
		氏名		
	介護休暇 の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	請求金額	円

上記のとおり請求します
公立学校共済組合佐賀支部長 様

令和 年 月 日 請求者 住所
氏名 印
自宅電話番号 () -

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます

令和 年 月 日 所属長 職名 印
氏名
所属電話番号 () -

- 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。