

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	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

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。