

休職者療養補助金請求書

職員番号		請求金額	一 金 円
療 養 場 所		補 助 金 請 求 期 間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
休職発令	教特休 14 条、地公休 28 条 公務災害、通勤災害	休職発令 年 月 日	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

所 属 _____

職 _____ 氏 名 _____ ⑩

財団法人

福井県教職員互助会理事長 様

<p>証 明 書</p> <p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>所 属 名 _____</p> <p>所 属 長 名 _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center;">公印</div>	<p>互助会受付印</p>
---	---------------

振 込 銀行名	福井 銀行	本 店			口 座 番 号	預 金 者 名 義
	銀 行 コード	0147	支 店 コード			ワガナ

- 備 考
1. 月額 10,000 円が給付されます。ただし、事由発生または消滅が月の途中の場合は給付しません。
 2. 休職発令年月日、請求期間は正確に記入してください。
 3. 学期毎に請求してください。
 4. 振込銀行は必ず請求者本人の口座を書いてください。