

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 年 月 日 至 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 全期間	自 年 月 日 至 年 月 日

上記のとおり請求します。

年 月 日

所属コード _____ 所属名 _____

職 _____ 氏 名 _____ (印)

一般財団法人

福井県教職員互助会理事長 様

証 明 書

上記のとおり相違ないことを証明する。

所 属 名

所属長名

職 印

互助会受付印

振 込 先	銀行 コード	0147	支店 コード	必須	普通口座番号	口座名義 (カタカナ)
	福井銀行		本・支店		必須	必須

- 備 考
1. 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. 休職発令年月日は辞令にて確認し、請求期間等、正確に記入してください。
 3. 辞令毎に請求し、辞令の写しを添付してください。
 4. 振込銀行は必ず請求者本人の口座を書いてください。