

## 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

<h3 style="margin: 0;">証 明 書</h3> <p style="margin: 10px 0;">上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="margin: 10px 0;">所 属 名 _____</p> <p style="margin: 10px 0;">所 属 長 名 _____</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px; margin-left: 100px;">職 印</div>	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 	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. 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。