

介護休暇援助金請求書

職員番号		※請求金額	一金	円
介護休暇 全期間	自 年 月 日 至 年 月 日	被介護者名 (続柄)	()	
請求期間	年 月分	給料の月額	職 級 号	円

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		互助会受付印
上記のとおり相違ないことを証明する。		
所属名		職印
所属長名		

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
- この請求書には、**介護休暇承認報告書の写し**を添付してください。
 - 介護休暇援助金請求書の2ページ目を添付してください。
 - 振込銀行は必ず請求者本人の口座を書いてください。
 - ※印欄は記入しないでください。

介護休暇援助金請求書の2ページ目 (教 互)

所属名		氏名	
-----	--	----	--

____月分請求 ____日

給料が支給されなかった日に○印を記入してください。(勤務を要しない日、祝日は除く)

(曜日)	()	()	()	()	()	()
	1	2	3	4	5	6
	8	9	10	11	12	13
	15	16	17	18	19	20
	22	23	24	25	26	27
	29	30	31			

給与担当者	
氏名	ⓐ

※ 支給額計算 (互助会)

(給料月額) (支給日額)

$$\text{円} \times 1/22 \times \quad /100 = \text{円}$$

(支給日額) (支給日数) (支給額)

$$\text{円} \times \quad \text{日} = \text{円}$$

※ 支給開始日	※ 支給済 /	※ 支給済 /	※ 今回支給
年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日まで	年 月 日まで

※印欄は記入しないでください。
この用紙は、1月につき1枚提出してください。