

介護休業手当金請求書

(一財)兵庫県学校厚生会理事長 様

記入日 20 年 月 日

下記のとおり請求します。

所 属 所 名		給 付 額	
		※ 円	
会 員 番 号	会 員 名 (フ リ ガ ナ)	会 員 生 年 月 日	
	(自署)	年 月 日	
会員連絡先電話番号	() ー		
☆介護休暇期間		☆共济組合給付日数	☆厚生会請求期間
年 月 日～ 年 月 日		日	年 月 日～ 年 月 日
年 月 日～ 年 月 日		日	年 月 日～ 年 月 日
年 月 日～ 年 月 日		日	年 月 日～ 年 月 日
異 動 事 項	復職・退職 (年 月 日)		
上記の記載事項は事実と相違ないことを認めます。			
年 月 日			
所 属 所 名	印	※ 受 付 印	
所 属 所 長 名			
厚 生 会 係 名			
電 話 番 号 () ー			

- (注) 1 介護休暇請求理由書(写し)又は介護休暇承認請求書(写し)、休暇内容に変更があった場合は介護休暇承認変更申請書(写し)を毎回添付してください。
 2 介護実績に基づき請求してください。
 3 「会員名(フリガナ)」の欄には、名前を自署することとし、諸事情により自署が難しい場合は、名前を記載し押印してください。
 4 ☆欄は必ず記入してください。 ※欄は記入しないでください。

※厚生会記入欄		前回請求		20 年 月 日							
開 始 年 月 日		終 了 年 月 日		日 数	給 付 額						
2	0	2	0	日	円						
2	0	2	0	日	円						
2	0	2	0	日	円						
1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月

※ 精 査	※ 審 査	※ 資 格 審 査
-------	-------	-----------