

所属名	
所属コード	
フリガナ	
氏名	
職員番号	

互助会受付

(給規様式第7号)

※	事務局長	事務局次長	課長	係
※				

一金 円也

※ 査定の結果上記のとおり支給金額を決定します。

年 月 日

介護休暇給付金請求書

要介護者 氏名	男 女	生年月日 続柄	年 月 日 ()	会員との続柄 ()
------------	--------	------------	--------------	---------------

介護休暇取年月 年 月分 (※月毎に請求してください)

標準報酬月額 _____ 円

・ 1日単位 _____ 円 × _____ 日 = _____ 円 (A)

・ 1時間単位 _____ 円 × _____ 時間 = _____ 円 (B)

(1日単位、1時間単位は、下表参照) 合計 _____ 円 (A) + (B)

上記のとおり別紙証明書を添えて請求します。

所属名

職氏名

一般財団法人 大分県教職員互助会会長 殿

- ※印欄は記入しないこと。
- 出勤簿及び休暇欠勤処理簿の写しを添付すること。
- 介護休暇の取得実績に基づき、取得月の翌月以降に、毎月請求すること。
- 日数には、「祝日法による休日」「年末年始休日」を含む。
ただし、週休日と重複する場合は除く。
- 本人の押印及び所属長証明は不要とする。

<別表>

標準報酬月額	1日	1時間
142,000	2,000	250
150,000	2,000	250
160,000	2,400	300
170,000	2,400	300
180,000	2,400	300

標準報酬月額	1日	1時間
190,000	2,800	350
200,000	2,800	350
220,000	3,200	400
240,000	3,600	450
260,000	3,600	450
280,000~	4,000	500

送金先… 公立学校共済組合に届け出ている口座に振込みます。(公立学校共済組合員以外の会員は互助会に届出ている口座に振込みます。)