

給付種別		42		介護休暇補助金請求書										※	
氏名 個人コード						学 校 名								互助組合 受付印	
						学校コード									
請求金額						※ 給付決定金額									
上記金額を下記のとおり請求します。															
年 月 日															
学 校 名															
請求者															
氏 名 (印) (自筆署名の場合、印不要)															
一般社団法人 京都府教職員互助組合理事長 様															
介護休暇についての証明書															
介護を必要とした者の氏名										続 柄					
介護休暇の承認期間 (指定期間)						★介護休暇の開始日から終了日までの全期間を記入してください。分割取得している場合は、これまでの取得状況についてすべて記載してください。									
						1回目の期間		年 月 日 ～ 年 月 日							
						2回目の期間		年 月 日 ～ 年 月 日							
						3回目の期間		年 月 日 ～ 年 月 日							
公立学校共済組合の介護休業手当金（66日）の支給対象の最終日										年 月 日					
曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	今回請求期間		カレンダー部分の記入方法						
1	2	3	4	5	6	7	年 月分		★曜日の欄を記入してください						
8	9	10	11	12	13	14	給付対象 日数 日		★週休日（土、日）、勤務を要しない日（祝日等）には斜線をしてください。						
15	16	17	18	19	20	21			★介護休暇を全日取得した日（給付対象外の日を除く※）に○を記入してください。						
									※次の日は給付対象外です。						
22	23	24	25	26	27	28			・1日未満の介護休暇・介護時間・介護欠勤の日、						
									・共済組合の介護休業手当金・休業手当金等が支給される日						
29	30	31													
上記の記載事項は事実と相違ないことを証明します。															
年 月 日															
所属所長 氏 名															
公印															