

給 付 種 別	4	2	介護休暇補助金請求書				※	
氏 名 個人コード			学 校 名 学校コード				互助組合 受 付 印	
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 ★曜日の欄を記入してください ★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。 ★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。 ・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
1	2	3	4	5	6	7	年 月 分	
8	9	10	11	12	13	14	給付対象 日数 _____ 日	
15	16	17	18	19	20	21		
22	23	24	25	26	27	28		
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								

▼学校コード及び個人コード印を使用してください。

▼出勤簿の写しを添付してください。

▼※印以外はすべてご記入ください。