

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			
請求金額				※ 給付決定金額			

互助組合
受付印

▼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。

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		
15	16	17	18	19	20	21	給付対象 日数 _____ 日	
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