第２号様式

**介護支援金請求書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属名 |  | 職員番号 |  |
| 電話番号 |  | 会員氏名 |  |
| 介護休暇期間 | 　　　年　　　月　　　日　　から　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 請求期間 | **※最長 2020年3月31日まで支給されます**　　　　　　　年　　　月　　　日　　から　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 請　求　金　額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振　込　先 | 金融機関 | 　　　　　　　　　労金・銀行　　　　　　　　　支店・出張所※労金を指定すると振込手数料は差し引かれません。 |
| 口座番号 | 普通預金№ |
| 口座名義人 |  |
| 　上記のとおり請求します。　　　　　　　 　　年　　月　　日　　沖縄県職員厚生福利振興会理事長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　請　求　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 地共済の支給期間 | 月　度 | 休業日数 | 月　額 | 支給金額 |
|  |  |  |  |
|  　　年　　月　　日から 　　年　　月　　日まで |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 支給決定期間 |  　　年　　月　　日から 　　年　　月　　日まで | 決定金額 |   |
| 　　　上記のとおり決定する。　　　　　 　　年　　月　　日 | 事務長 | 事務次長 | 担　　当 |
|  |  |  |

　※太枠内のみをご記入ください。

　※介護休暇を証明する書類（介護休暇簿及び出勤簿の写し）を添付すること。