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。