

## 育児支援金請求書

所属名		職員番号			
電話番号		会員氏名			
育児休業の 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	請求期間	平成 年 月 日から 平成 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 <small>※労金を指定すると振込手数料は差し引かれませんが。</small>			
	口座番号	普通預金No.			
	口座名義人				
上記のとおり請求します。 平成 年 月 日  沖縄県職員厚生福利振興会理事長 殿  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">                     住 所                      請 求 者                      氏 名                 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> </div>					
地共済の支給期間		年 度	支給月数	月 額	支給金額
平成 年 月 日から					
平成 年 月 日まで					
決 定 金 額					
上記のとおり決定する。 平成 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。

※育児休業を証明する書類（人事異動通知書などの写し）を添付すること。