

## 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
	※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No.	
	口座名義人		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>沖縄県職員厚生福利振興会理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">請 求 者</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p>			
地共済の支給期間	年 度	支給月数	月 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。		事 務 長	事 務 次 長
平成 年 月 日			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。