

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	<u>※最長 2020年3月31日まで支給されます</u> 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 <small>※労金を指定すると振込手数料は差し引かれません。</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。 年 月 日 沖縄県職員厚生福利振興会理事長 殿 <div style="text-align: right;"> 住所 請求者 氏名 ㊟ </div>			
地共済の支給期間	月 度	休業日数	月 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。