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№ | | | | | | | |
| 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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | |
|  |  | | |  | |  | |
| 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。

　※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。