

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 <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	月 度	休業日数	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。 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。