|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **休業補助金(介護)請求書** | | | | | | | 決定額 | ※  円 | | | |
| 所属所名 | 所属コード | | 介護休業の期間  （変更後の期間） | | 年 月 日から　　 年 月 日  （　　 年 月 日から　　 年 月 日) | | | | | |
|  |  | |
| 会員氏名 | 会員番号 | | 要介護家族 | | 住所 |  | | | | |
|  |  | | 氏名 |  | | | | |
| 続柄 |  | | | | |
| 会員生年月日 | | | 請　　求　　期　　間（月の初日から末日） | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | 年　　月　　日　～ 　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 掛金算定基礎額 | | 互助会掛金 | | 共済短期掛金 | 共済介護掛金 | 共済厚生保険 | | | 共済退職掛金 | 共済掛金計 |
| 円 | | ※  円 | | ※  　　　　円 | ※  　　円 | ※  円 | | | ※  円 | ※  円 |
| 上記のとおり請求します。  　　　一般財団法人香川県教職員互助会理事長　殿  　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　請 求 者  氏　名 | | | | | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　所属所長  氏　名 | | | | | | | | | | |

１．「休業補助金(介護)請求書」は、公立学校共済組合の介護休業手当金が支給されない場合に提出してください。公立学校共済組合の介護休業手当金が支給される場合は、自動給付になります。

２．介護休業(休暇)の事実を証明する書類(実績簿の写し)を添付してください。

３．※印欄は記入しないでください。