育児休業支援金請求書

決定額	※	☐	10,000	
		☐	20,000	円

会 員 番 号 (共済組合員番号)		所 属 所 番 号	
会 員 氏 名		所 属 所 名	
請 求 に 係 る 子 の 名		請 求 に 係 る 子 の 生 年 月 日	年 月 日
育 児 休 業 期 間	年 月 日 から	年 月 日 まで	(日間)
	年 月 日 から	年 月 日 まで	(日間)
	年 月 日 から	年 月 日 まで	(日間)
	年 月 日 から	年 月 日 まで	(日間)
請 求 金 額			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人愛媛県教職員互助会理事長 様</p> <p style="text-align: center;">郵便番号 (—)</p> <p style="text-align: center;">請 求 者 住 所</p> <p style="text-align: center;">フリガナ</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>			
<p>上記のとおり相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人愛媛県教職員互助会理事長 様</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所 属 所 長</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>			

- 注
- 1 休職発令辞令書の写しを添えてください。
 - 2 育児休業期間欄の休業日数について
 - ・休業期間が1か月を超える場合は、日数は記入不要です。
 - ・1か月未満の場合は、土日を除いた日数を記入してください。
 - 3 ※印欄は、記入しないでください。