

(島互様式第1号の2)

介護助成金請求書

支 払 済 印

所属所番号			所属所名		

決定年月日

支 払 済 印

組員証番号	会 員 氏 名	性 別	生 年 月 日	資 格 取 得 年 月 日
		男 女	昭 年 月 日	昭 ・ 平 年 月 日

介 護 休 暇 の 初 日 ・ 末 日	初 日	平 成 年 月 日	末 日	平 成 年 月 日
請 求 期 間 の 初 日 ・ 末 日	初 日	平 成 年 月 日	末 日	平 成 年 月 日

給 料	休暇中の給料の支給
	有 ・ 無

介護助成金請求額	※介護助成金決定額
円	円

上記のとおり請求します。

島根県市町村職員互助会理事長 様

平成 年 月 日

住 所 _____

請求者 _____

氏 名 _____ (印)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職 名 _____

所属所長 _____

氏 名 _____ (印)

課 長	主 幹	係

備考 ※欄は記入しないでください。