

主任書記	書	記	主	任	給付決定 伺

長期療養者助成金請求書

様式コード 互4510	会員区分	団体コード	会員証番号		会員氏名			所属団体名	
	1 一般		フリガナ						
	5 公立		生年 月日	年	月	日			
給付種別		種別コード	※件数	日数	請求金額		※決定額		
互助会給付		長期療養者助成金	61	件	日	円	円		
請求(支給)期間					休職期間				
年	月	日	~	年	月	日	年	月	日
傷病名			休職処分のあった日			備考			
※			年 月 日						
※ 助成金支給開始年月日			※ 前回支給分			※ 今回支給分			
年 月 日から			年 月 日分まで			年 月 日分まで			
<p>年 月 日から 年 月 日までの出勤しなかった期間に対して、 次の割合の給料を支払ったことを証明する。</p> <p>年 月 日 } 間 割</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>市町村等の長 職名</p> <p>又は 氏名</p> <p>給与事務担当者 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>									
<p>上記のとおり請求いたします。</p> <p>千葉県市町村職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名</p>									
互助会受付印		再受付印		<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 市町村等の長 氏名</p>					

- ※印欄は記入しないでください。
- 休職の事実を証する書類(休職辞令等)の写しを添付してください。