別紙様式第３号

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	会員区分	団体コード	会員証番号	会　員　氏　名	所 属 団 体 名
互４５１０	１　一般 ５　公立			フリガナ 生年月日　昭 平 令　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（療養のため勤務に服することができない期間）
令和　年　月　日　～　令和　年　月　日	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日

↑
・請求（支給）期間の開始日は、休職（療養のため勤務に服することができないこと）かつ給料20％以上減となった日を起算日として引き続き30日以上療養した、31日目の日付を記入してください。

傷　病　名	休職かつ給料20％以上減となった日	備　　考
※	令和　年　月　日	

※ 助成金支給開始年月日	※ 前 回 支 給 分	※ 今 回 支 給 分
令和　年　月　日から	令和　年　月　日分まで	令和　年　月　日分まで

令和　年　月　日から 令和　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。

令和　年　月　日 ｝ 間　割
令和　年　月　日

令和　年　月　日 ｝ 間　割
令和　年　月　日

令和　年　月　日

市町村等の長　職 名
又は
給与事務担当者　氏 名　㊞

上記のとおり請求いたします。

千葉県市町村職員互助会理事長　様

令和　年　月　日

請求者　住　所
氏　名

互助会受付印	再受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和　年　月　日 市町村等の長　職 名 氏 名

1. ※印欄は記入しないでください。
2. 休職（療養のため勤務に服することができないこと）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。