

介護見舞金交付申請書

2025 年度版

[申請日] 年 月 日

公益財団法人
日本教育公務員弘済会長野支部 支部長 様

勤務先 _____
〒 _____

勤務先所在地 _____

職員番号 _____

フリガナ
氏 名 _____ (印)

下記のとおり介護休暇を取りましたので、介護見舞金の交付を申請いたします。

記

| | | | |
|---------------|-----------|-----------|---------|
| 介護休暇の期間 | 年 月 日から | 年 月 日 までの | 日間 |
| 被介護者氏名 | | 介護者との続柄 | |
| 振込先 (会員口座) | 八 十 二 銀 行 | | 本・支店 |
| | 店 番 号 | | 口 座 番 号 |
| | フリガナ | | |
| | 口 座 名 義 | | |

所属長の証明

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所 属 名 _____

所属長氏名 _____ (職印)

*個人情報の取扱いについて

- 当会は、適正に取得した個人情報を当会の目的事業の運営のためのみに利用します。
- 個人情報の取扱いについてのお問合せ等は当会へお願いいたします。

| 保険 | 証明 | 交付額 | 決裁 | 決裁 |
|----|----|-----|----|----|
| | | | | |