休業手当金請求書

第115条様式

弗115米個	人工人																				
給種 コード	2 3	3 ()												所機関			OC	市		
組合員等 記号・番号 又は 個人番号	記個人		5	О	3	番	号			1	2	3	4	5		計 名	ż	卡済	花	子	
標準報酬	19 級				月額		2	4	0	0	О	Ö			きな 朝間			F 4 月			
請求期間	令	和△	△△年	F 4	月	2	日か	45			令和	¶∆∠	〉年	4	月	7	日まで	支給 日数		5	日
資 格 取 得 日				年	月		日	請金	求額					F	円分金		官 *				円
勤務でき なかった 理 由																					
		地力		务員等 3和							1	- 号に	該当	する	ること	こを記	正明する	0			
根拠規定	 職名〇 市 - 所属所長												長								
							עו	/P3 //	IX	氏	名	赤	ł	城	_	-	郎				
上記のとおり請求します。																					
群馬県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△ 年 4 月 10 日																					
							壽生	1 求	≠	住	所	前村	喬市	元約	总社田	叮3	55番	:地の 8	3		
											名	共	泽	¥	花	子	-				

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 4 月 10 日

職 名 ○ ○ 市 長 所属所長 氏 名 赤 城 一 郎

- 1 組合員等記号・番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。
- 2 報酬支給額等証明書に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受け添付してください。

***** [共 済 組 合 記 入 欄] ******

報酬との調整

(報酬額)

(報酬日額)

(報酬) 額 (報酬日額)
$$\frac{1}{22} = \frac{1}{(10円未満四捨五人)}$$

(給付日額) (支給日数) (給 付 額)

(給付額) (控除額) **給付決定額**

曜日	月分(目)											
	1	8	15	22	29							
	2	9	16	23	30							
	3	10	17	24	31							
	4	11	18	25								
	5	12	19	26								
	6	13	20	27								
	7	14	21	28								

	支	給	開	始	日			前	口	支	給	分		今	口	支	給	分
令和		年		月		日	令和		年	,	月	日まで	令和		年	J	1	日まで