様式第19号

専務理事	常務理事	事務局長	部　長	係　長	係	査定額	￥	給付番号	

職場復帰支援補助金請求書

休職発令期間		年	月	日	～	年	月	日			
「試し出勤」期間		年	月	日	～	年	月	日			
傷害保険補償内容	保険契約者名					保険料	円				
	保険種類										
	保険契約日	年	月	日							
	保険期間	年	月	日	～	年	月	日			
	補償内容										

上記のとおりですから，一般財団法人鹿児島県教職員互助組合給付規程第３条の18の規定により職場復帰支援補助金を請求します。

所属番号						
職員番号						

所　属　名

組合員氏名　　㊞

住　　所　〒（　　－　　）

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長　殿

上記のとおり相違ないことを確認します。

年　　月　　日

所　　属　　長　　名　　職印

資　金　前　渡　職　員　名　　㊞

互助組合受付印

※傷害保険の証書の写しなど，保険料の確認できる書類を添付してください。