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

	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		
	保障内容			

上記のとおり、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証明します。

年　月　日

所　属　長　名　　職印

資金前渡職員名　　㊞

互助組合受付印