

事務局長	次長	参事	主幹	係長	主査	係	記帳	決定決議書	
								決定年月日	
次のとおり決定します。								資格取得 年月日	
								資格喪失 年月日	
決定額				円					

長期療養会員見舞金請求書

請求額	円		
引き続き勤務に服することができなかった期間	自: 年 月 日 至: 年 月 日 (日間)	(自: 年 月 日 至: 年 月 日 (日間))	
上記の理由(病気等名)			
請求者の 受取金融機関	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組	本店・支店 本所・支所 出張所
	普通預金口座番号		
	フリガナ		
	預金名義人氏名		

上記のとおり請求します。

年 月 日

所属所	
会員番号	
氏名	(印)

一般財団法人滋賀県市町村職員互助会理事長 様

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

所属所長

備考1 出勤簿の写しまたはこれに相当する書類を添付してください。

2 引き続き勤務に服することができなかった期間の延長など期間に変更があり追加請求する場合は、「引き続き勤務に服することができなかった期間」欄の下段括弧書きに、変更前の期間を記入してください。

(注) 氏名欄は、請求者本人の署名(本人の自書)による場合は、押印不要です。ただし、代筆又は印刷の場合は押印(認め印可)してください。