傷病療養見舞金請求書

請求者

学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

期　間　　月　　日　～　　月　　日

請求内容　（　　）

担当（地区幹事）

学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

請求日　　平成　　年　　月　　日

東京都公立小学校副校長会

※　傷病療養のため引続き１週間以上休んだとき
（引き続き３ヶ月以上休んだときは改めて支給する）
厚生部細則第４条

Fax　03-6910-0159