

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 令和 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