

(様式1号)

厚生担当提出用

所属所名	※福利課受付番号
所属所コード	
	※

<令和3年度対象者>
昭和42年4月2日～昭和43年4月1日生まれ

互 ライフプラン休暇支援給付金請求書

会員氏名	生年月日				
組合員証番号	年号	年	月	日	
	昭和				

年次休暇含む休暇期間(週休日等含む)										休暇日数 (5日以上)	請求金額
令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	週休日等を含む 日	5,000円

休暇取得の目的 (必ず○で囲む)	<input type="radio"/> 1 健康の維持増進 <input type="radio"/> 2 余暇活動 <input type="radio"/> 3 生涯学習活動 <input type="radio"/> 4 地域活動
---------------------	--

上記のとおり請求します。

一般財団法人 埼玉県教職員互助会理事長 様

令和 年 月 日

請求者氏名 _____

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日 (〒 -)
所在地

所属所長 所属所名 _____
職 名 _____
氏 名 _____

電話番号 ()

職印

- 注意事項**
- 県立学校の教職員等、総務事務システムの使用対象者はシステムから請求してください。
 - 「※」印欄は、記入しないでください。
 - 給付金の振り込み口座は、共済組合員・(一財)埼玉県教職員互助会会員申告書(共1号様式)により登録している「短期給付等振込金融機関」に振り込みます。
 - 休暇期間とは、3日以上^{の日}の年次休暇を含む連続した5日以上^{の日}の休暇(夏季休暇、週休日、職員の休日又は学校職員の休日を含む)を記入してください。
* 夏季休暇以外の特別休暇及び職専免は対象外です。
* 週休日であっても教員特殊業務手当支給対象となる部活動等に従事した日は対象外です。
 - ライフプラン休暇支援給付金の支給は、当該年度内1回限りです。(前年度対象者請求不可)
 - 令和3年度から、請求者印及び訂正印が廃止となりました。
 - 実際に休暇を取得し終えた後に請求してください。(休暇期間最終日<請求日≤所属長証明日)
 - 請求書の提出期限については、令和4年4月8日(金)福利課厚生担当必着です。
※締切後、遡って請求することはできませんのでご注意ください。

(令和3年度用)