様式

病児保育施設利用助成請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名	
		会員番号		会員氏名	
病児保育施設名					
病児保育施療の所在地					

利用した子の氏名	続柄	生年月日
		年　月　日

利用日数	日	利用日	令和　年　月　日
			令和　年　月　日
			令和　年　月　日
			令和　年　月　日
			令和　年　月　日
請求金額	円	決定金額	円
自治体等からの補助の有無	□有　（　円）　□　無 ※□にチェックし、有りの方は金額を記入してください。		

上記のとおり請求します。

一般財団法人石川県教職員互助会理事長　様

令和　年　月　日

請求者
所属所名
住所
職名
氏名　㊞

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

所属所長
所属所名
職氏名　印

所属所受付印

1. 氏名を自署する場合は押印不要
2. 病児保育施設の領収書(原本)を必ず添付してください。