

様式 5

年 月 日

静岡県職員組合執行委員長 様

分会名

申請者(組合員 ・ 再任用職員協議会員)

(いずれかを○印で囲んでください。)

氏名 印

職員番号

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

長期療養見舞金申請書

このことについて、静岡県職員組合弔祭費等支給規定第7条により申請します。

なお、組合が下記内容を県当局に確認することを了承します。

記

自宅住所	〒 ()
電話番号	— —
事由 (○をつけてください)	疾病 ・ 傷害
療養開始年月日 (休暇取得開始年月日)	年 月 日
療養先 (○をつけてください)	自宅 ・ 病院 ・ その他

(注) 1 2カ月以上の療養者に見舞金を支給します。(年1回が限度)

2 記載された内容は、給付に関する事務及び災害や緊急時に適切な対応を図ることのみに利用し、それ以外の目的では使用いたしません。

上記のとおり相違ないことを確認します。

年 月 日 支部名

支部長名

印