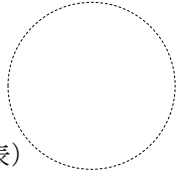


受 付 印



短期請求等様式第 10 号 (表)

決 裁	事務局長	次 長	課 長	主 幹	G L	担 当	合 議

資格取得年月日		資格喪失年月日		※決定年月日	
休業手当金請求書			決定額	※ 円	
組合員等 記号・番号	—	組合員 氏 名			所属所名
勤務できな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで		勤務できな かった理由		
標準 報酬 月額	円 (※ 月分)	請求 期間	年 月 日から 年 月 日まで	請求 金額	円
根 拠 規 定	地方公務員等共済組合法第 70 条第 号に該当することを証明する。 年 月 日 職名 所属機関の長 氏名				
上記のとおり請求します。 滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 住 所 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。 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名					

- (注) 1 添付書類
- ・欠勤したことが確認できる出勤簿の写し
 - ・欠勤の理由を証する書類 (休暇願などの写し)
 - ・「勤務を要しない日の報告書」
- 2 ※印欄は記入しないでください。

年 月 日から 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して
次の金額の給料を支払ったことを証明する。

年 月 日 } 日間 円
年 月 日 }

年 月 日 } 日間 円
年 月 日 }

年 月 日 } 日間 円
年 月 日 }

年 月 日

所 属 機 関 の 長 職 名
又 是
給 与 事 務 担 当 者 氏 名

※

標準報酬月額 給付日額
円 × 1/22 × 50/100 = 円

給付日額 支給日数 給付額
円 × 日 = 円

給付額 控除額 給付決定額
円 - 円 = 円

※支給開始日	年 月 日から	※前回支給分	年 月 日分まで
--------	---------	--------	----------