

資格	有	給付額	金
	無	事由	

(様式第11号)

出産祝（見舞）金請求書				
学 校 名 (所属所名)			職 名	
			職員番号	
氏 名	年 月 日生		性 別	男 ・ 女
出 産 祝 金	出産者氏名			
	出産年月日	平成	年	月 日
	出産児氏名		続 柄	
見 舞 金	死 産 (○で囲む) 流 産	妊娠85日以上の場合に限る 平成 年 月 日		
送 金 先	阿波銀行 県庁支店	フリガナ	-----	
		名 義 人	殿	
		口座番号	-----	
徳島教育に掲載	可 ・ 否	*該当を○で囲んで下さい。		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">請求者氏名 印</p> <p>上記のとおり認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">学校（園）長（所属所長）</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">公益社団法人徳島県教育会理事長殿</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; margin-top: 10px;">印</div> </div>				