

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			性 別 男 ・ 女
	年 月 日生		
出 産 祝 金	出産者氏名		
	出産年月日	年 月 日	
	出産児氏名		続柄
見 舞 金	死 産 (○で囲む)	妊娠85日以上の場合に限る	
	流 産	年 月 日	
送 金 先	阿波銀行 県庁支店 (やまもも)	フリガナ	殿
		名 義 人	
		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>請求者氏名 (印)</p> <p>上記のとおり認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>_____ 学校(園)</p> <p style="text-align: right;">_____ 所属長氏名 (印)</p> <p>公益社団法人徳島県教育会理事長殿</p>			