
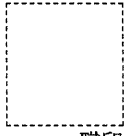


介護休暇期間中の積立金中止届

平成 年 月 日

財団法人 新潟県教職員厚生財団理事長 様

氏名 所属所	氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/> 職員コード <input style="width: 100%; border-top: 1px dashed black;" type="text"/>	所属所 所属コード	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%; border-top: 1px dashed black;" type="text"/>
介護休暇 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
届出者の 住所	〒 <input style="width: 100%;" type="text"/> 電話番号() 番		
署名	署名		 印
証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 所属所名 所属所長氏名		 職印

※期間を延長された場合は再度ご提出ください。

財団からのご案内

- ◇貸付金の返済や保険料の払込みをされている方で無給の場合、ご本人から口座振替または一括送金していただきます。
- そのための用紙をお送りしますので、ご希望の払込方法と金融機関をお知らせください。

(○で囲む)

払込方法	口座振替 ・ 一括送金
取引金融機関	第四・北越・大光・郵便局

財 団 処 理 欄

番 号	処理年月日	理事長	事務長	部 長	係	照合

受 付 印

