

[대체인력지원사업] 유급병가 인건비지급신청서

기관 현황	기관명											기관장																																																																																																																																														
	주소											전화번호																																																																																																																																														
	시설유형	<input type="checkbox"/> 국고지원시설 (시설유형: _____)																																																																																																																																																								
	담당자(직책)											연락처																																																																																																																																														
	인건비수령계좌	※ 시설 계좌번호 적어주세요. (통장사본 첨부)																																																																																																																																																								
유급 병가자	성 명											생년월일	(만: 세)																																																																																																																																													
	직위/직책											연락처																																																																																																																																														
	휴가(병가)기간 *총기간	년 월 일 ~										년 월 일 (____일)																																																																																																																																														
	인건비신청기간	년 월 일 ~										년 월 일 (____일)																																																																																																																																														
	※ 급여 신청일(근무일 기준) 하단 달력에 V 체크																																																																																																																																																									
	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																														1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																												
급여기준		1) 유급병가자의 월 급여액 2) 월급 상한액 - 2020년 서울시 생활임금 기준 월 2,199,300원 3) 지역아동센터의 경우 시비수당(처우개선비) 제외한 급여																																																																																																																																																								
병명 및 병가 사유																																																																																																																																																										

위와 같이 유급병가자에 대한 인건비를 신청합니다.

년 월 일

신청기관

(직인)