

介護休業手当金請求書

		※決定額		円 No.	
組合員証 記号 番号	組合員氏名		所属機関名		
	住所		初介 日護	年 月 日	
者の介 護を必 要とす 住所・ 氏名	氏名		・休 末業 日の	年 月 日	
	(年 月 日生)		の組 続 柄と		
請求 期間	年 月 日から	請求 金額	円	標準 報酬 月額	第 級 円
及各 月 の 請 休 業 日 額 数	月分	月分	月分	月分	月分
	日	日	日	日	日
	円	円	円	円	円
上記のとおり請求します。					
愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿					
年 月 日					
請求者 住 所 氏 名					
印					
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					
所属所長 職 名 氏 名					
印					

- 「介護休業に関する所属機関の長の証明書」（介護休業承認書の写しに原本証明をしたものなど）を添付して下さい。
- 必要事項を記載し、所属所長、所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ提出して下さい。
- 報酬とは、給料及び各市町の給与条例等で定められている諸手当（期末・勤勉手当を除く）をいいます。
- ※印欄は、記入しないで下さい。

所属機関の長又は給与事務担当者の証明

年 月 日から 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、
次の金額の報酬を支払ったことを証明します。

期 間	本来支給額	給料月額	扶養手当	住居手当			計
		円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割		円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割		円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割		円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割		円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割		円	円	円	円	円	円

年 月 日

(証明者) 所属機関の長又は 職名
給与事務担当者 氏名

印

※介護休業手当金計算書

1 標準報酬月額	円 × 1 / 22 = 円… (A)		今回支給日数 (該当日に○印を付ける。)				
	(標準報酬月額)	(10円未満四捨五入)	曜日	1	8	15	22
2 給付日額 (給付上限相当額 15,221円)	(A) × 67 / 100 = 円… (B)		2	9	16	23	30
	(円未満四捨五入)		3	10	17	24	31
3 給付額	(B) × 日 = 円… (C)		4	11	18	25	
	(給付日数)		5	12	19	26	
4 報酬との調整	(C) - 円 = 円… (D)		6	13	20	27	
	(控除額) (給付決定額)		7	14	21	28	

		月分					月分					月分								
曜日		1	8	15	22	29	曜日		1	8	15	22	29	曜日		1	8	15	22	29
		2	9	16	23	30			2	9	16	23	30			2	9	16	23	30
		3	10	17	24	31			3	10	17	24	31			3	10	17	24	31
		4	11	18	25				4	11	18	25				4	11	18	25	
		5	12	19	26				5	12	19	26				5	12	19	26	
		6	13	20	27				6	13	20	27				6	13	20	27	
		7	14	21	28				7	14	21	28				7	14	21	28	

※支給開始日	※前回支給分	※今回支給分
年 月 日分	年 月 日分	年 月 日分

※給付上限相当額は、雇用保険法第17条第4項第2号ハに定める額の変更に伴い変更されます。