介護休業手当金請求書

※決定額	円	No.

組合等員	記号	○○○	組合員氏名	共済　太郎	所属機関名（所在地） ○○市
	番号	○○○	生年月日	昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
介護を必要とする者の住所・氏名	住所	○○郡○○町○○○－○	初介護日・休業末日の	初日	令和 ○ 年 8 月 20 日
	氏名	○○ ○○（昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生）	組合員との続柄	母	末日 令和 ○ 年 11 月 30 日
請求期間	令和 ○ 年 8 月 20 日から 令和 ○ 年 11 月 26 日まで		請求金額	603,542 円	標準報酬月額 第 21 級 360,000 円

各月の請求額及び休業日数				
	8 月分	9 月分	10 月分	11 月分
	8 日	20 日	20 日	18 日
	84,468 円	200,862 円	190,391 円	127,821 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　様

令和　○　年　○　月　○　日

請求者　住所　○○市○○町○丁目○－○
　　氏名　共　済　太　郎

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和　○　年　○　月　○　日

所属機関の長　職名　○ ○ 市 長
　　氏名　○ ○　○ ○

1　「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）を添付してください。
2　必要事項を記載し、所属機関の長を経由して、共済組合に提出してください。
3　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。
4　※印欄は、記入しないでください。

所属機関の長又は給与事務担当者の証明

令和 ○ 年 8 月 1 日から 令和 ○ 年 11 月 30 日までの期間に対して、
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	基本給	扶養手当	住居手当			計
	334,000 円	19,500 円	10,000 円	円	円	363,500 円
自 令和 ○ 年 8 月 1 日 至 31 日 割	218,116 円	19,500 円	10,000 円	円	円	247,616 円
自 令和 ○ 年 9 月 1 日 至 30 日 割	10,780 円	19,500 円	10,000 円	円	円	40,280 円
自 令和 ○ 年 10 月 1 日 至 31 日 割	10,290 円	19,500 円	10,000 円	円	円	39,790 円
自 令和 ○ 年 11 月 1 日 至 30 日 割	10,780 円	19,500 円	10,000 円	円	円	40,280 円
自 令和 年 月 日 至 日 割	円	円	円	円	円	円

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

（証明者）所属機関の長又は給与事務担当者　職名　○○課　○○係
　　氏名　○○　○○

※介護休業手当金計算書

1　標準報酬日額

＿＿＿＿円（標準報酬月額）× １／２２ ＝ ＿＿＿＿円（10円未満四捨五入）…（A）

2　給付日額（給付上限相当額 15,778円）

（A） × ６７／１００ ＝ ＿＿＿＿円（円未満切捨て）…（B）

3　給付額

（B） × ＿＿＿＿日（給付日数） ＝ ＿＿＿＿円…（C）

4　報酬との調整

（C） － ＿＿＿＿円（控除額） ＝ ＿＿＿＿円（給付決定額）…（D）

請求日数欄
今回請求（支給）対象日に○をつけてください（祝日に対して介護休業が付与されていない場合は○をつけないでください。）。

曜日	令和 ○ 年 8 月分				
日	1	8	15	22	29
月	2	9	16	23	30
火	3	10	17	24	31
水	4	11	18	25	
木	5	12	19	26	
金	6	13	20	27	
土	7	14	21	28	

曜日	令和 ○ 年 9 月分				
水	1	8	15	22	29
木	2	9	16	23	30
金	3	10	17	24	31
土	4	11	18	25	
日	5	12	19	26	
月	6	13	20	27	
火	7	14	21	28	

曜日	令和 ○ 年 10 月分				
金	1	8	15	22	29
土	2	9	16	23	30
日	3	10	17	24	31
月	4	11	18	25	
火	5	12	19	26	
水	6	13	20	27	
木	7	14	21	28	

曜日	令和 ○ 年 11 月分				
月	1	8	15	22	29
火	2	9	16	23	30
水	3	10	17	24	31
木	4	11	18	25	
金	5	12	19	26	
土	6	13	20	27	
日	7	14	21	28	

※支給開始日	※前回支給分	※今回支給分
令和　年　月　日分から	令和　年　月　日分まで	令和　年　月　日分まで

※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。