

介護休業手当金請求書 (新規・変更)

局長	課長	係長	係	決定額	介護休業手当金	※	円
課長 専決							
組合員証 記号	番号	組合員氏名		所属機関名			
組合員の介護を必要とする者		氏名及び続柄	続柄 ()				
		住所					
介護休業期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						
請求期間 (支給対象期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						
標準報酬月額	第 級	請求金額総額	円				
標準報酬日額 (10円未満四捨五入)	A	標準報酬月額	円 × 1/22 =				
給付日額 (1円未満切捨て)	B	標準報酬日額A	円 × 0.67 =				
雇用保険法による 給付上限相当額	C	雇用保険法第17 条第4項第2号ハ に定める額	円 × 30 × 67/100 × 1/22 =				
各月における休業日数及び請求金額 (給付日額はBとCの額を比較し算定します。)							
該当月	給付日額 (「B ≥ C → Cの額」、「B < C → Bの額」)		休業日数	請求金額			
月分	給付日額 (B又はCの額)		×	日	= 円		
月分	給付日額 (B又はCの額)		×	日	= 円		
月分	給付日額 (B又はCの額)		×	日	= 円		
月分	給付日額 (B又はCの額)		×	日	= 円		
合 計				日	円		
上記のとおり請求します。						共済組合受付印	
鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿							
令和 年 月 日							
住所							
請求者							
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。							
令和 年 月 日							
職名							
所属所長							
氏名						印	

- 注) 1. 介護休業に関する所属所長の証明書を添付してください。
 2. 勤務しなかった期間及び勤務しなかった期間に支払われた給料についての所属機関の長の証明として、各月ごとの介護休業実績証明書を提出 (介護休業月の翌月5日までに必着) してください。
 3. ※印欄は記入しないでください。