

伺	下記のとおり決定してよろしいかお伺いします。	決 裁	局 長	課 長	課長補佐	係 長	係

介護休業手当金請求書

						決定額	※	円	
組合員証 記号番号	100 - 8888	組合員 氏 名	共 済 太 郎			所属所名	○ ○ ○		
介護員の介護を 必要とする者	氏 名	共 済 花 子			続柄	母	組合員との同居の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
	住 所	○○市○○町○○番地			請求回数	<input checked="" type="radio"/> 1回	<input type="radio"/> 2回	<input type="radio"/> 3回	
介護員休業について介護を必要とする 一の継続する状態について初めて承認 を受けるときに一括して請求した期間		令和 ○ 年 4 月 1 日 ~ 令和 ○ 年 4 月 20 日							
介護休業手当金 の請求期間	令和 ○ 年 4 月 1 日から 令和 ○ 年 4 月 20 日まで		標準報酬月額	340,000 円					
介護休業手当金 請求日数	15 日		介護休業手当金 請求金額	92,700 円					
各 月 の 休 業 日 数 及 び 請 求 額									
令和	年	月分	日	円	令和	年	月分	日	円
令和	年	月分	日	円	令和	年	月分	日	円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">山形県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 ○○市○○町○丁目○番○○号</p> <p style="text-align: center;">請求者 氏 名 共 済 太 郎</p>									
<p>上記のとおり記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p style="text-align: center;">職 名 ○ ○ 市 長</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏 名 ○ ○ ○ ○</p>									

所属所
受付印

(注) 介護休業期間が確認できる書類（介護休業承認通知書、介護休暇申請書等の写し）及び出勤簿の写しを添付してください。

《報酬支払に関する証明》

令和 ○ 年 4 月 1 日 から令和 ○ 年 4 月 20 日 まで勤務しなかった期間に対して
次の金額を支払ったことを証明する。

4 月分 月分 月分 月分
0 円 円 円 円

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

職 名 ○ ○ 市 長

所属機関の長又は
給与事務担当者

氏 名 ○ ○ ○ ○

「報酬支払いに関する証明」について確認しました。

※【介護休業手当金計算書】（共済組合記入欄）

1 標準報酬の日額計算 標準報酬月額 × 1/22
 _____ 円 × 1 / 22 = _____ 円
 (10円未満四捨五入)

2 介護休業手当金計算 標準報酬日額 × 給付率 (67/100) × 休業日数
 年 月分 _____ 円 × 67 / 100 × _____ 日 = _____ 円
 (円位未満切捨て)

3 介護休業手当金給付額計算

(給付額) _____ 円
 - (控除額) _____ 円
 = (給付決定額) _____ 円

月支給日数 (該当日に○印を付する)					
曜日	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

支給開始日	年 月 日	支給終了日	年 月 日
支給日数	日	支給日額	日