

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

## 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 一 子		所属所名	○ ○ ○
勤務できな かった期間	令和 ○ 年 4 月 2 日 から	勤務できな かった理由		4月2日、夫が交通事故により入院したため				
令和 ○ 年 4 月 16 日 まで								
標準報酬 月額	340,000	円	請求 期間	令和 ○ 年 4 月 2 日 から	請求 金額	83,664	円	
令和 ○ 年 4 月 16 日 まで								
根拠規程	地方公務員等共済組合法第70条第 1 号に該当することを証明する。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 職 名 ○ ○ 市 長 証明者 氏 名 ○ ○ ○ ○							
上記のとおり請求します。 山形県市町村職員共済組合理事長 様 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 住 所 ○○市○○町○丁目○番○○号 請求者 氏 名 共 済 一 子								
上記の記載事項は事実と相違いないものと認めます。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 職 名 ○ ○ 市 長 所属所長 氏 名 ○ ○ ○ ○								

所属所  
受付印

- 裏面に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたいえ、組合に提出してください。
- 出勤簿の写を添えてください。
- ※印欄は、記入しないでください。

令和 ○ 年 4 月 2 日から令和 ○ 年 4 月 16 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する。

令和 ○ 年 4 月 2 日 } 間 ○ 割 ○ 円  
 令和 ○ 年 4 月 16 日 }

令和 年 月 日 } 間 割 円  
 令和 年 月 日 }

令和 年 月 日 } 間 割 円  
 令和 年 月 日 }

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。

※ 標準報酬月額		標準報酬の日額		今回支給日数 (該当日に○印を付する)						
円	×	$\frac{1}{22}$	=	円	月分					
				円	曜日	1	8	15	22	29
標準報酬の日額				1日あたり給付額		2	9	16	23	30
円	×	$\frac{5}{10}$	=	円		3	10	17	24	31
1日あたり給付額				支給日額		4	11	18	25	
円	×	日	=	円		5	12	19	26	
給付決定額				控除額		6	13	20	27	
円	-	円	=	円		7	14	21	28	
※ 支給開始日			※ 前回支給分			※ 今回支給分				
年	月	日から	年	月	日まで	年	月	日まで		