

介護休業手当金請求書

職員番号（独法職員のみ）

下記のとおり請求します。

年 月 日

組合員 氏名		組合員証 記号番号	地・大阪	所属名
組合員の介護を 必要とする者	氏名			組合員との 続柄
	住所			
介護休業の期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
請求期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
請求金額			円	※決定額 (記入不要)

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請の場合は記入不要）

職場（代表・直通）Tel () 内線 ()
 又は 自宅・携帯 Tel ()

※下記は記入不要です。

共済受付／処理欄	所属所受付／処理日
受付日 年 月 日	受付日 年 月 日
処理日 年 月 日	処理日 年 月 日

(注) 1 組合員の介護を必要とする者のうち、「同居」を要件とする者に係る請求をする場合は、別途、組合員と同一の住所に居住している旨の申立てが必要です。

2 介護休業手当金の請求は、介護休業（休暇）終了後、月単位で請求してください。

〈介護休業手当金請求書の裏面〉 ※下記は記入しないで下さい。

※ 給料支払状況						
年	月	日	}	日間	割	円
年	月	日		日間	割	円
年	月	日	}	日間	割	円
年	月	日		日間	割	円
年	月	日	}	日間	割	円
年	月	日		日間	割	円
年	月	日	}	日間	割	円
年	月	日		日間	割	円

<p>※ 標準報酬月額</p> <p style="text-align: right;">標準報酬の日額 (10円未満四捨五入)</p> <p>_____円 × 1/22 = _____円</p> <p>標準報酬の日額</p> <p style="text-align: right;">給付日額 (円未満切捨て)</p> <p>_____円 × 40/100 = _____円</p> <p>給付日額 支給日数 給付額</p> <p>_____円 × _____日 = _____円</p> <p>給付額 控除額 支給決定額</p> <p>_____円 - _____円 = _____円</p>	<p>※今回支給日数(該当欄に○印を付する)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="6">年 月 分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>曜日</td> <td>1</td> <td>8</td> <td>15</td> <td>22</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>23</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>10</td> <td>17</td> <td>24</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4</td> <td>11</td> <td>18</td> <td>25</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td>12</td> <td>19</td> <td>26</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6</td> <td>13</td> <td>20</td> <td>27</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>7</td> <td>14</td> <td>21</td> <td>28</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	年 月 分						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	
年 月 分																																																	
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	※ 前回支給分	※ 今回支給分
年 月 日分から	年 月 日分まで	年 月 日分まで

※印欄は記入しないでください。

【記入例】

介護休業手当金請求書

職員番号（独法職員のみ）

下記のとおり請求します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

組合員 氏名	共済 太郎		組合員証 記号番号	地・大阪								所属名
				3	0	1	2	3	4	5	6	7
組合員の介護を 必要とする者	氏名	共済 友子						組合員との 続柄		実母		
	住所	大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇〇号										
介護休業の期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日 まで											
請求期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日 まで											
請求金額	記入不要						円	※決定額 (記入不要)				

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請の場合は記入不要）

 職場（代表・直通）Tel 06（6941）0351 内線（〇〇〇〇）
 又は 自宅・携帯 Tel （ ）

※下記は記入不要です。

共済受付／処理欄				所属所受付／処理日			
受付日	年	月	日	受付日	年	月	日
処理日	年	月	日	処理日	年	月	日

(注) 1 組合員の介護を必要とする者のうち、「同居」を要件とする者に係る請求をする場合は、別途、組合員と同一の住所に居住している旨の申立てが必要です。

2 介護休業手当金の請求は、介護休業（休暇）終了後、月単位で請求してください。