

介護休業手当金請求書

(派遣職員用)

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 裏面の「※給料の支払状況」について、派遣団体の長又は給与事務担当者の証明を受けてください。

2 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。

3 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（派遣職員用）の裏面〉

※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

年 月 日から 年 月 日まで勤務しなかった期間に対して、上記金額の給料を支払ったことを証明します。

年 月 日

職名

(派遣先団体の長又は給与事務担当者)

氏名



下記は記入しないで下さい。

※

標準報酬月額	標準報酬の日額 (10円未満四捨五入)	
_____円 × 1/22 = _____円		
標準報酬の日額	給付日額 (円未満切捨て)	
_____円 × 40/100 = _____円		
給付日額	支給日数	給付額
_____円 × _____日 = _____円		
給付額	控除額	支給決定額
_____円 - _____円 = _____円		

※今回支給日数(該当欄に○印を付する)

曜日	年 月分				
		1	8	15	22
	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

