

# 介護休業手当金請求書

職員番号（独法職員のみ）

地方職員共済組合大阪府支部長 様

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

組合員氏名		組合員（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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで									
請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで									
請求金額			円							

日中の 連絡先	職場（ <input type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通）	Tel :		内線 :	
	又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯	Tel :			

※下記は記入不要です

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

決定額	円
-----	---

- (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。

# 【記入例】

## 介護休業手当金請求書

職員番号（独法職員のみ）

地方職員共済組合大阪府支部長 様

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	組合員（記号）番号	(地・大阪)	所属名
共済 太郎	3 0 1 2 3 4 5 6 7 8		総務サービス課
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		

日中の 連絡先	職場（ <input checked="" type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通） 又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯	Tel： 06-6941-0351	内線： 〇〇〇〇
------------	---	-------------------	----------

※下記は記入不要です

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

決定額	円
-----	---

- (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。