

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)

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 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〉

※給与の支払い状況

令和	年	月	日	}	日間	割	円
令和	年	月	日		日間	割	円
令和	年	月	日	}	日間	割	円
令和	年	月	日		日間	割	円
令和	年	月	日	}	日間	割	円
令和	年	月	日		日間	割	円
令和	年	月	日	}	日間	割	円
令和	年	月	日		日間	割	円

令和 年 月 日 から 令和 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。

令和 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ください。

※標準報酬月額 _____ 円 × 1/22 = _____ 円 標準報酬の日額 _____ 円 × 67/100 = _____ 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) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="5">令和 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>							令和 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	
	令和 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 令和 年 月 日 分 から		※前回支給分 令和 年 月 日 分 まで		※今回支給分 令和 年 月 日 分 まで																																																			

【記入例】

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)

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		〇〇〇〇センター
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) Tel : 06-6941-0351	内線 : 〇〇〇〇
	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 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。