

介護休業手当金請求書

決定 伺	課長	課長補佐・主幹	課員

記号	番号	組合員氏名		所属所名	
999	99999	共済 太郎		〇〇市	
組合員の 介護を 必要と する者	氏名	共済 花子		続柄	配偶者
	住所	〇〇市△△1丁目2番3号 (同居・別居)			
標準報酬 月額	第〇〇級	300,000 円	請求金額	173,622 円	
介護休業承認期間	令和 〇 年 10 月 1 日 ~ 令和 〇 年 1 月 31 日				
請求期間 (休業実績期間)	令和 〇 年 11 月 6 日 ~ 令和 〇 年 11 月 30 日				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>福岡県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>住所 〇〇市△△1丁目2番3号</p> <p>請求者 氏名 共済 太郎</p>					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				共済組合受付印	
<p>〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>職名 〇〇市長</p> <p>所属所長 氏名 〇〇 〇〇</p>					

※ 初回申請の際は、「介護休業の承認に関する証明書」を添付してください。

※ 請求期間が月をまたぐ場合は、月毎に請求書2/2(給付額算定書)を作成してください。

(R6.12)

介護休業手当金請求書 2 / 2

(給付額算定書)

記 号 番 号	999 - 99999	氏 名	共 済 太 郎		
給 付 対 象 月	令和 ○ 年 11 月				
標 準 報 酬 月 額 (ア)	300,000 円				
標 準 報 酬 日 額 (イ)	13,640 円	標準報酬月額(ア)÷22 (10円未満四捨五入)			
給 付 日 額 (ウ)	9,138 円	a)又はb)のどちらか低い額			
a)本 則	9,138 円	標準報酬日額(イ)×給付率(67%) (端数切捨)			
b)上限額	15,513 円	毎年8月更新			
給 付 日 数 (エ)	19 日	※ 勤務を要しない日を除く。			
給 付 額 ①	173,622 円	給付日額(ウ)×給付日数(エ)			
雇用保険からの受給	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	該当する方に○を付けてください			
報酬の支給状況	※ 在職中の場合、給付対象月に支払った給料について証明してください。 ※ 月の途中で支給割合が変更(無給になった場合を含む。)になった場合は、期間を分けて証明してください。				
<input type="checkbox"/> 支給なし <input checked="" type="checkbox"/> 支給あり					
		○年11月1日から	3 日	10 割	40,000 円
		○年11月5日まで			
		○年11月6日から	19 日	0 割	0 円
		○年11月30日まで			
上記のとおり相違ないことを証明する。 ○○年○○月○○日 所属 所長 又は ○○市長 給与事務担当者 ○○ ○○ (職 ・ 氏 名)					
調 整 額 ②	0 円	支給報酬額の合計			
差 引 支 給 額	173,622 円	給付額①－調整額②			
受 給 開 始 日	○年○月○日	→	支 給 満 了 日	○年○月○日	