

# 介護休業手当金請求書

※決定額 円 No.

|  |                          |       |                |                          |          |
|--|--------------------------|-------|----------------|--------------------------|----------|
| 組合員証<br>記号<br>番号                           | 組合員氏名                    | 所属機関名 | 初介<br>日護       |                          | 平成 年 月 日 |
|  |                          |       | ・休<br>末業<br>日の |                          | 平成 年 月 日 |
| 住所   | の組<br>合員<br>と<br>柄と      |       | 標準報酬月額 第 級 円   |                          |          |
| 氏名   | ( 年 月 日生 )               |       | 請求期間           | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで | 請求金額 円   |
| 請求期間                                       | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで | 請求金額  | 円              | 標準報酬月額                   | 第 級 円    |
| 及各<br>月<br>の<br>請<br>休<br>業<br>日<br>額<br>数 | 月分                       | 月分    | 月分             | 月分                       | 月分       |
|  | 日                        | 日     | 日              | 日                        | 日        |
|  | 円                        | 円     | 円              | 円                        | 円        |
| 上記のとおり請求します。                               |                          |       |                |                          |          |
| 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿                          |                          |       |                |                          |          |
| 平成 年 月 日                                   |                          |       |                |                          |          |
| 請求者 住所 氏名 印                                |                          |       |                |                          |          |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。                   |                          |       |                |                          |          |
| 平成 年 月 日                                   |                          |       |                |                          |          |
| 所属所長 職名 氏名 印                               |                          |       |                |                          |          |

- 「介護休業に関する所属機関の長の証明書」(介護休業承認書の写しに原本証明をしたものなど)を添付して下さい。
- 必要事項を記載し、所属所長、所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたい提出して下さい。
- 報酬とは、給料及び各市町の給与条等で定められている諸手当(期末・勤勉手当を除く)をいいます。
- ※印欄は、記入しないで下さい。

## 所属機関の長又は給与事務担当者の証明

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明します。

| 期 間          | 本来支給額 | 給料月額 | 扶養手当 | 住居手当 | 計 |   |
|--------------|-------|------|------|------|---|---|
|              |       | 円    | 円    | 円    | 円 | 円 |
| 自 平成 年 月 日 割 |       | 円    | 円    | 円    | 円 | 円 |
| 自 平成 年 月 日 割 |       | 円    | 円    | 円    | 円 | 円 |
| 自 平成 年 月 日 割 |       | 円    | 円    | 円    | 円 | 円 |
| 自 平成 年 月 日 割 |       | 円    | 円    | 円    | 円 | 円 |
| 自 平成 年 月 日 割 |       | 円    | 円    | 円    | 円 | 円 |

平成 年 月 日

(証明者) 所属機関の長又は 職名  
給与事務担当者 氏名 印

## ※介護休業手当金計算書

|   |                     |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |    |
|---|---------------------|---|----|----|----|-------------|----|---|----|----|----|-------------|----|---|----|----|----|----|
| 1 標準報酬日額  | 今回支給日数(該当日に○印を付ける。) |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |    |
| $\frac{\text{標準報酬月額}}{\text{10円未満四捨五入}} \times \frac{1}{22} = \text{円} \dots (A)$ | 月分                  |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |    |
| 2 給付日額(給付上限相当額 15,075円)   | 曜日                  | 1 | 8  | 15 | 22 | 29          |    |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |    |
| $(A) \times \frac{67}{100} = \text{円} \dots (B)$                                  |                     | 2 | 9  | 16 | 23 | 30          |    |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |    |
| 3 給付額   |                     | 3 | 10 | 17 | 24 | 31          |    |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |    |
| $(B) \times \text{日} = \text{円} \dots (C)$  |                     | 4 | 11 | 18 | 25 |             |    |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |    |
| 4 報酬との調整  |                     | 5 | 12 | 19 | 26 |             |    |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |    |
| $(C) - \text{円} = \text{円} \dots (D)$   |                     | 6 | 13 | 20 | 27 |             |    |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |    |
|   |                     | 7 | 14 | 21 | 28 |             |    |   |    |    |    |             |    |   |    |    |    |    |
|   | 曜日                  | 1 | 8  | 15 | 22 | 29          | 曜日 | 1 | 8  | 15 | 22 | 29          | 曜日 | 1 | 8  | 15 | 22 | 29 |
|   |                     | 2 | 9  | 16 | 23 | 30          |    | 2 | 9  | 16 | 23 | 30          |    | 2 | 9  | 16 | 23 | 30 |
|   |                     | 3 | 10 | 17 | 24 | 31          |    | 3 | 10 | 17 | 24 | 31          |    | 3 | 10 | 17 | 24 | 31 |
|   |                     | 4 | 11 | 18 | 25 |             |    | 4 | 11 | 18 | 25 |             |    | 4 | 11 | 18 | 25 |    |
|   |                     | 5 | 12 | 19 | 26 |             |    | 5 | 12 | 19 | 26 |             |    | 5 | 12 | 19 | 26 |    |
|   |                     | 6 | 13 | 20 | 27 |             |    | 6 | 13 | 20 | 27 |             |    | 6 | 13 | 20 | 27 |    |
|   |                     | 7 | 14 | 21 | 28 |             |    | 7 | 14 | 21 | 28 |             |    | 7 | 14 | 21 | 28 |    |
| ※支給開始日  |                     |   |    |    |    | ※前回支給分      |    |   |    |    |    | ※今回支給分      |    |   |    |    |    |    |
| 平成 年 月 日分から   |                     |   |    |    |    | 平成 年 月 日分まで |    |   |    |    |    | 平成 年 月 日分まで |    |   |    |    |    |    |

※給付上限相当額は、雇用保険法第17条第4項第2号ハに定める額の変更に伴い変更されます。