




休業手当金(介護欠勤関係)請求書

※決定額 円 No.

組合記号	〇〇〇	組合員	共済 花子	所属	〇〇市
員証番号	〇〇〇	氏名		機関名	
勤務できなかった期間	〇日から 平成〇年〇月 〇日まで	勤務できなかった理由	脳梗塞の夫(共済太郎)の介護をするため		
標準報酬月額	第〇級 〇〇〇〇〇〇円	請求期間	〇日から 平成〇年〇月 〇日まで	請求金額	〇〇〇〇〇〇円
根拠規定	勤務できなかった期間は、地方公務員等共済組合法第70条第1号又は第5号に規定する欠勤であり、職員の勤務時間、休暇等に関する条例等による「介護休暇」でないことを証明します。 平成〇年〇月〇日 証明者 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇 				
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 平成〇年〇月〇日 請求者 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 氏名 共済 花子 					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます 平成〇年〇月〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇 					


1 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うえ提出して下さい。
2 報酬とは、給料及び各市町の給与条例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。
3 ※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

平成〇年〇月1日から平成〇年〇月31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
		334,000円	19,500円	10,000円	円	円	363,500円
自 平成〇年〇月1日 0割	0円	0円	0円	円	円	円	0円
自 平成 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円	円
自 平成 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円	円
自 平成 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円	円
自 平成 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円	円

平成〇年〇月〇日

(証明者) 所属機関の長又は 職名 〇〇市長 〇〇 〇〇
給与事務担当者 氏名 〇〇課〇〇係 〇〇 〇〇 

※休業(介護欠勤関係)手当金計算書

1 標準報酬の日額	$\frac{\text{標準報酬月額}}{\text{10円未満四捨五入}} \times 1 / 22 = \text{円} \dots (A)$	今回支給日数(該当日に〇印を付ける。)	月分				
2 給付日額	$(A) \times 50 / 100 = \text{円} \dots (B)$	曜日	1	8	15	22	29
3 給付額	$(B) \times \frac{\text{給付日数}}{\text{給付日数}} = \text{円} \dots (C)$		2	9	16	23	30
4 報酬との調整	$\left[\frac{\text{給料月額}}{\text{支給割合}} \right] \times \frac{\text{勤務を要する日数}}{\text{支給割合}} + ((D) \times 1 / \dots) + ((E) \times 1 / 22) = \text{円} \dots (F)$		3	10	17	24	31
	$\left[\frac{\text{給料月額}}{\text{支給割合}} \right] \times \frac{\text{勤務を要する日数}}{\text{支給割合}} + ((B) - (F)) \times \frac{\text{給付日数}}{\text{給付日数}} = \text{円} \dots (G)$		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
平成 年 月 日分	平成 年 月 日分	平成 年 月 日分