

介護休業手当金請求書

決定 伺	課 長	課長補佐・主 幹	課 員

決定額							円
-----	--	--	--	--	--	--	---

記 号	番 号	組 合 員 氏 名		所 属 所 名	
9 9 9	9 9 9 9	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 18 級	300,000 円	請 求 金 額	173,622 円	
介護休業承認期間	平成 29 年 10 月 1 日 ~ 平成 30 年 1 月 31 日				
請 求 期 間 (休業実績期間)	平成 29 年 11 月 6 日 ~ 平成 29 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>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>請 求 者 住 所 〇〇市△△1丁目2番3号</p> <p>氏 名 共 済 太 郎 共 済 印</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>平成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 印 印</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。

介護休業手当金請求書 2 / 2

(給付額算定書)

記 号 番 号	999 - 9999	氏 名	共 済 太 郎									
給 付 対 象 月	平成 29 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	14,992 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)										
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												
<table border="1"> <tr> <td>29年 11月 1日から 29年 11月 5日まで</td> <td>3 日</td> <td>10 割</td> <td>40,000 円</td> </tr> <tr> <td>29年 11月 6日から 29年 11月 30日まで</td> <td>19 日</td> <td>0 割</td> <td>0 円</td> </tr> </table>					29年 11月 1日から 29年 11月 5日まで	3 日	10 割	40,000 円	29年 11月 6日から 29年 11月 30日まで	19 日	0 割	0 円
29年 11月 1日から 29年 11月 5日まで	3 日	10 割	40,000 円									
29年 11月 6日から 29年 11月 30日まで	19 日	0 割	0 円									
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 所属 所長 又は 〇〇市長 給与事務担当者 〇〇 〇〇 (職 ・ 氏 名)												
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">印</div> 印												
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	平成29年10月1日	→ 最大3月	支 給 満 了 日	平成29年12月31日
-----------	------------	-----------	-----------	-------------