

## 介護休業手当金請求書【記入例】

組合員証記号番号	公立福岡 1234567	所属所名	〇〇市立△△小学校	
組合員氏名	共済 大五郎			
要介護者	氏名	共済 小五郎	組合員との続柄	長男
	住所	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	※別居の場合は住所を記入してください。 (住所: )	
介護休暇の初日	令和 3 年 10 月 11 日			
請求期間	令和 3 年 10 月 11 日 ~ 令和 3 年 10 月 31 日			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合福岡支部長 殿 令和 3 年 11 月 2日 請求者 氏名 (記名押印又は署名) 共済 大五郎				
給与事務 担当者の 証明	上記請求期間における出勤しなかった期間の報酬について、以下のとおり証明する。			
	本来の支給額 (月額)			
	給料月額	給料調整額	地域手当	教職調整額
	308,200 円	円	33,052 円	12,328 円
	扶養手当	住居手当	義務教育教員特別手当	管理職手当※
	10,000 円	27,000 円	4,500 円	円
加算額	へき地・準へき地手当	( )	( )	
円	円	円	円	
※月に一度も出勤しない場合は除く。				
令和 3 年 11 月 2日 給与事務担当: 氏名 福岡 花子 (記名押印又は署名)				
所属所長の証明	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 3 年 11 月 2日 TEL (092) - (111) - (2222) 所属所長 職名 〇〇市立△△小学校長 氏名 ●● ●●			

【添付書類】①出勤簿の写し ②介護休暇認定書の写し (①、②とも所属所長の奥書証明要)

※共済組合使用欄 (記入しないでください)

今回支給対象日数	日	支給決定金額	円
支給日数合計	日		
残り支給可能日数	日		

※共済組合受付印