



所属所受付印

※ 原 票 照合済		※ 給料額 照合済	
-----------------	--	-----------------	--

介護休業手当金請求書 介護休業手当金変更請求書

		決定額	※	円
所属所コード		所 属 所 名		
組 合 員 記 号 番 号	公立秋	組 合 員 氏 名		
組合員の介護を 必要とする者	住 所			
	氏 名		組合員との続柄	
介護休暇期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			
変 更 後 の 介護休暇期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			
請 求 期 間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			
標 準 報 酬 の 等級及び月額	第 級 円	請 求 金 額	円	
どちらかにチェック→ 公金受取口座への振込を ☐ 希望する ☐ 希望しない				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合秋田支部長 様 令和 年 月 日 請求者 住 所 フリガナ 氏 名				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 (電話番号) () 所属所所在地 所 属 所 名 所属所長職氏名				

- 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けてから、共済組合に提出してください。
- 出勤簿及び給料諸手当支給明細書の写しを添付してください。
- 最初に請求する時と変更になった時に介護休暇請求書の写しを添付してください。
- ※欄は記入しないでください。

(注)平成28年7月31日以前に開始された介護休暇にかかる介護休業手当金の給付率は40/100となります。