



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 証 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 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合秋田支部長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 請求者 フリガナ 氏 名</p>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 千 ー (電話番号) () ー</p> <p style="text-align: center;">所属所所在地 所 属 所 名 所属所長職氏名</p> <div style="text-align: right;">印</div>				

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. ※欄は記入しないでください。

令和 年 月分として支払われた報酬について、次のとおり証明する。

(給料等(減額対象給与)) (1時間当たりの給与額) (減額対象時間) (減額後の給料等) ↓マフスの場合0円

円 - 円 × 時間 = 円

(減額対象外給与の名称) (金額)

教職調整額 円
 手当 円
 手当 円
 手当 円
 手当 円 合計 _____ 円

令和 年 月 日

所属機関の長 所属所名
 又は 職名
 給与事務担当者 氏名 印

<請求金額計算書>

今回支給日数(該当日に○印)

(1) 給付日額の計算

(標準報酬月額) (標準報酬日額)

円 ÷ 22 = 円 (10円未満四捨五入)

(標準報酬日額) (給付日額)

円 × 67/100 (注) = 円 (円未満切捨て)

(2) 報酬日額の計算

(減額対象給与) (要勤務日数)

円 ÷ 日 = 円 (ア) (端数処理せず)

(1時間当たりの給与額) (1日当たりの勤務時間)

円 × 7.75 = 円 (イ) (端数処理せず)

(減額対象外給与)

円 ÷ 22 = 円 (ウ) (端数処理せず)

(ア) (イ) ↓ (ア) - (イ) = マフスの場合0円 (ウ) (報酬日額)

(円 - 円) + 円 = 円 (円未満切捨て)

(3) 請求金額の計算

(給付日額) (報酬日額) (支給日数) (請求金額)

(円 - 円) × 日 = 円

※ 支給開始日	※ 前回支給分	※ 今回支給分
令和 年 月 日分から	令和 年 月 日分まで	令和 年 月 日分まで

※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。