

<提出先> 所属所 → 給与支給担当部署 → 公立学校共済組合広島支部
 (例) 請求者が県費負担教職員(県立学校及び事務局を除く。) → 教職員課職員給与室
 給与支給担当の方へ お手数ですが、裏面の報酬支給額証明後、公立学校共済組合広島支部まで
 速やかに転送願います。

所属所受付印

受付印を必ず
押すこと!

介護休業手当金請求書 (令和〇年10月分)

添付書類	初回	<input checked="" type="checkbox"/>	出勤簿の写し	<input checked="" type="checkbox"/>	請求月の給与明細書の写し	<input checked="" type="checkbox"/>	要介護者の氏名・続柄・要介護状態等 が確認できる書類(休暇簿の写し等)
	2回目以降	<input type="checkbox"/>	出勤簿の写し	<input type="checkbox"/>	請求月の給与明細書の写し	<input type="checkbox"/>	

組合員	組合員氏名 組合員等番号						所属所名 所属所コード				標準報酬月額
	公立 花子						〇〇高等学校				470,000 円
	1	2	3	4	5	6	6	7	8	9	0

※終期に変更がある場合は記入
(変更期間に係る最初の請求時に
休暇簿(介護休暇用)の写しを
添付してください。)

介護休業手当金	承認された 介護休暇の期間	令和 〇年 10月 1日から令和 〇年 1月 31日まで	令和 年 月 日まで	短縮 延長
	介護休業手当金 請求予定期間	令和 〇年 10月 1日から令和 〇年 1月 12日まで (承認された介護休暇の終日か、支給対象日の66日目のいずれか早い日まで)	令和 年 月 日まで	短縮 延長
	今回の請求期間 ※月ごとに請求が必要	令和 〇年 10月 1日から令和 〇年 10月 31日まで	支給日数 (土日祝を除く)	20 日
	請求金額	259,820 円	⇒支給日数には、介護休暇を1日 単位で取得し、給与の減額対象と なった日数を記入	

要介護者	要介護者の氏名	公立 学	組合員との 続柄	長男
	要介護者の住所	広島市〇区△町1-2		

介護休業手当金の調整に係る給与報酬の明細書等を添付の上、上記のとおり請求します。

公立学校共済組合広島支部長 様

令和 〇年 11 月 1 日

住所

請求者

広島市〇区△町1-2

氏名

公立 花子

所属所証明

介護休業の期間について、所属所長の
証明が必要です。(証明印必要)

当該組合員の介護休暇承認(変更後)期間は、

令和 〇年 10 月 1 日から令和 〇年 1 月 12 日 であることを証明します。

また、上記のその他の記載事項についても、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇年 11 月 7 日

所属所名 〇〇高等学校

所属所長 職・氏名 校長 共済 一郎

職印

注3

- この請求書裏面には、給与事務担当者の給与報酬についての証明が必要です。(県費負担教職員のうち、県立学校及び事務局は各所属事務担当者が証明してください。それ以外の県費負担教職員の場合は、教職員課職員給与室に証明書を添付してください。)
- この請求書は、公立学校共済組合広島支部に対しての請求であり、一般財団法人共済組合からの請求とは別様式です。
- 自治体等の規則改正により所属所長の公印が廃止されている場合は、所属所長

職印が廃止されている場合
は、所属所長の私印を押印

令和 ○年 10月 の給与報酬等は、
次のとおりであることを証明する。

*減額後の実績額の欄には、
当該月の前月の減額を含めないでください。
例. 介護休暇取得 9月～11月（請求月 10月）
10月に減額する9月分の給与→加味しない
11月に減額する10月分の給与→加味する

1 支給された給与報酬等の金額

種 別	本来の支給額	減額後の実績額
給料計 （給料月額＋教職調整額）	436,845円	19,292円
給料月額（給料の調整額を含む） 教育職 ○級 ○号給 (うち給料の調整額11,143円)	420,901円	3,348円
教職調整額	15,944円	15,944円
地域手当	26,796円	1,686円
扶養手当	6,500円	6,500円
住居手当	円	円
通勤手当	円	円
義務教育等教員特別手当	6,600円	6,600円
	円	円
	円	円
合 計	476,741円	34,078円

給料の実績額は、請求月の
給与明細書と必ずしも一致
しません。(翌月に給与が減
額されるため)

2 給与の減額の対象となった期間

令和 ○年 10月 1日 から } 減額時間数 155 時間
令和 ○年 10月 31日 まで } (30分未満切捨30分以上切上)

3 減額された給与額 442,663円

令和 ○年 11月 19日

県費負担教職員のうち、県立学校
及び事務局以外の所属所は、教職
員課職員給与室が証明する。

所属所名 ○○高等学校
所属機関の長又は 職 名 主事
給与事務担当者 氏 名 学校 廣



※県費負担教職員のうち、県立学校及び事務局以外の所属所は、教職員課職員給与室にて証明します。
ただし、給与明細書の写し他添付書類は組合員の所属所にて忘れずに添付してください。