

(給付様式第10-4号)

介護休業手当金請求書

- (注意) ・ 請求の時効は事由発生から2年です。
・ 雇用保険加入者は原則ハローワークへの手続きとなります。(ハローワークからの支給対象外となる者は、当該請求期間が含まれる「育児休業給付受給資格確認通知」等(原本証明のある写し可)を添付。)

組合員等 記号・番号	公立 神奈川							組合員氏名	
所属コード								所属所 電話	
所属所名									
要介護家族	氏名							続柄	
	住所								
介護休業の期間		年	月	日	から		対象月		月分
		年	月	日	まで				月分
請求期間		年	月	日	から		標準報酬月額		円
		年	月	日	まで		請求額		円
当該休業中の雇用保険 加入状況		・未加入	・加入中	→	<input type="checkbox"/> 当該請求期間が含まれる「介護休業給付受給資格確認通知」写し(原本証明のあるもの)等を添付 <input type="checkbox"/> 前回請求書に添付済み				
<p>地方公務員等共済組合法第70条の3の介護休業により、勤務しなかった期間に対して、給料が支払われていません。</p> <p>上記のとおり、請求します。</p> <p>公立学校共済組合神奈川支部長 様</p> <p>年 月 日 請求者(署名)</p>									

添付書類

- 「出勤簿」の写し(所属所長の原本証明があるもの)を添付してください。
- 要介護者の状態及び具体的な介護の内容が記載されている「介護休暇申請簿」の写し(所属所長の原本証明があるもの)を添付してください。
- 請求月の(給付様式第10-10-4号)給与報酬支給額証明書を添付してください。
- 雇用保険加入者は当該請求期間が含まれる「介護休業給付受給資格確認通知」の写し(原本証明があるもの)等を添付してください。

<提出先・問合せ先>

〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 045-210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

介護休業手当金請求書

(注意) ・ 請求の時効は事由発生から2年です。
・ 雇用保険加入者は原則ハローワークへの手続きとなります。(ハローワークからの支給対象外となる者は、当該請求期間が含まれる「育児休業給付受給資格確認通知」等(原本証明のある写し可)を添付。)

組合員等 記号・番号	公立 神奈川	9	8	7	6	5	4	組合員氏名	横浜 花子		
所属コード	4 × × 4							所属所 電話	000-xxx-△△△△		
所属所名	神奈川県立〇〇高等学校										
要介護家族	氏名	横浜 一郎						続柄	実父		
	住所	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町×-××									
介護休業の期間	〇年 8月 15日 から						8 月分		月分		
請求期間	〇年 10月 31日						介護休暇開始の日から66日間 請求できます。		〇 円		
	〇年 8月 15日 から								〇 円		
請求期間	〇年 8月 31日								〇 円		
	〇年 8月 31日								〇 円		
当該休業中の雇用保険 加入状況	・未加入	・加入中	<input type="checkbox"/> 当該請求期間が含まれる「介護休業給付受給資格確認通知」写し(原本証明のあるもの)等を添付 <input type="checkbox"/> 前回請求書に添付済み								
<p>地方公務員等共済組合法第70条の3の介護休業により、勤務しなかった期間に対して、給料が支払われていません。</p> <p>上記のとおり、請求します。</p> <p>公立学校共済組合神奈川支部長 様</p> <p>〇年 〇月 〇日 請求者(署名) 横浜 花子</p>											

添付書類

- 「出勤簿」の写し(所属所長の原本証明があるもの)を添付してください。
- 要介護者の状態及び具体的な介護の内容が記載されている「介護休暇申請簿」の写し(所属所長の原本証明があるもの)を添付してください。
- 請求月の(給付様式第10-10-4号)給与報酬支給額証明書を添付してください。
- 雇用保険加入者は当該請求期間が含まれる「介護休業給付受給資格確認通知」の写し(原本証明があるもの)等を添付してください。

<提出先・問合せ先>

〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 045-210-8179

所属所文書受付印

〇〇県立
〇〇〇〇学校
〇〇年9月〇日
收受印

共済組合文書受付印

(給付様式第10-10-4号)

給与報酬支給額証明書

公立学校共済組合神奈川支部長 様

年 月分の給与報酬及び雇用保険加入状況について、次のとおり証明します。

年 月 日

給与事務担当者もしくは給与支払者
又は所属所長

所属所名
職名
氏名

印

組合員等記号・番号		雇用保険加入状況
組合員氏名		加入中 ・ 未加入
所属所名		※ 加入状況に必ず○をしてください。

	減額前 (本来) の支給額	減額後支給実績 (戻入反映後) ※取得月以外の追給戻入額は含 めないでください
給料額	円	円
教職調整額 (%)	円	円
給料の調整額	円	円
教職加算額	円	円
扶養手当	円	円
地域手当 (%)	円	円
住居手当	円	円
単身赴任手当	円	円
管理職手当	円	円
定時制通信教育手当	円	円
産業教育手当	円	円
義務教育等教員特別手当	円	円
特殊勤務手当	円	円
手当	円	円
手当	円	円
合計	円	円

給料の遡及が行われた場合は、速やかに報告してください。
この証明書は、在職中の期間について、給与報酬等が支給された月ごとに作成してください。
通勤手当は、報酬との調整を行わないため記入は不要です。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

【介護休業手当金請求書用 給与報酬支給額証明書の記入例】

(給付様式第10-10-4号)

給与報酬支給額証明書

公立学校共済組合神奈川支部長 様

〇年〇〇月分の給与報酬及び雇用保険加入状況について、次のとおり証明します。

・介護休暇取得月の「減額前の本来支払われる給与」の金額

〇年〇〇月〇〇日

・介護休暇取得月の「減額後に実際支払われる給与」の金額

給与事務担当者もしくは支払者
又は所属所長

所属所名 〇〇市立〇〇〇〇学校

職名 給与事務担当

氏名 川奈 神

川奈

組合員等記号・番号	〇〇〇〇〇〇	雇用保険加入状況	
組合員氏名	神奈川 太郎	加入中	未加入
所属所名	〇〇市立〇〇〇〇学校	※ 加入状況に必ず〇をしてください	

種別	減額前（本来）の支給額	減額後支給実績 （戻入反映後） ※取得月以外の追給戻入額は含めないでください
給料額	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
教職調整額（〇%）	〇〇,〇〇〇円	〇〇,〇〇〇円
給料の調整額	円	円
教職加算額	円	円
扶養手当	円	円
地域手当（〇%）	〇〇,〇〇〇円	〇〇,〇〇〇円
住居手当	円	円
単身赴任手当	円	円
管理職手当	円	円
定時制通信教育手当	円	円
産業教育手当	円	円
義務教育等教員特別手当	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円
特殊勤務手当	〇〇,〇〇〇円	〇〇,〇〇〇円
介護休暇取得月で、介護休暇取得日分の実績の金額 （※ある場合のみ、記入してください。）		円
		〇〇〇,〇〇〇円

給料の遡及が行われた場合は、速やかに報告してください。

この証明書は、在職中の期間について、給与報酬等が支給された月ごとに作成してください。

通勤手当は、報酬との調整を行わないため記入は不要です。

<提出先・問合せ先>

〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1

公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ

電話 (045)210-8179