


R. 5. 4. 1 改 (施行規程第 1 1 5 条の 4 様式)

介護休業手当金 請求書
 介護休業手当金 (変更)

| | |
|---|---------|
| 所属所受付印 | 共済組合受付印 |
|  | |

必ず所属所で受付をお願いします。

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| コード | 組合員証記号番号 | 所属所名 | 掛金の基礎となる標準報酬 |
| 120 | 公立三重 09876543 | 公立 花子 | 標準報酬月額 |
| 所属所コード | | 所属所名 | 標準報酬等級 |
| 452000 | | 共済小学校 | 25 |
| | | | 470,000 円 |
| (フリガナ) | 氏名 | 住所 | |
| コウリツ キョウコ | 公立 共子 | | |
| 請求対象月の標準報酬月額を記入してください。給料月額等ではありません。 | | | |
| 介護休業の初日及び末日 | 請求期間 | | |
| (初日) | (末日) | (自) | (至) |
| 年号 年 月 日 | 年号 年 月 日 | 年号 年 月 日 | 年号 年 月 日 |
| 令和 : 5 5 × × × × × × | 令和 : 5 5 × × × × × × | 令和 : 5 5 × × × × × × | 令和 : 5 5 × × × × × × |
| 請求済みの介護休業手当金の対象期間を変更したときに記入してください。 | | | |
| 年号 年 月 日 | 年号 年 月 日 | 年号 年 月 日 | 年号 年 月 日 |
| 令和 : 5 | | 令和 : 5 | 令和 : 5 |
| 請求額 | 決定額※ | 支給日数※ | 控除額※ |
| 82,047 円 | | | |

等級が分からない場合は、未記入で構いません。

請求額算出シートを参照してください。

介護休業期間の変更に伴う請求時に記入してください。

地方公務員等共済組合法施行規程第 1 1 5 条の 3 の規定に基づき、上記のとおり請求します。
介護休業手当金の決定を、貴支部が給与支給機関から提供を受けることに同意します。

令和 XX 年 XX 月 XX 日 〒 514 - 8570
住 所 三重県津市広明町 1 3 番地
請 求 者 氏 名 公立 花 子
TEL 059 - 224 - 2994

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
令和 XX 年 XX 月 XX 日

職 名 津市立共済小学校長
所 属 所 長 氏 名 福 利 一 郎
TEL 059 - 224 - 2989

(市町費職員は任命権者であること)

添付書類及び注意事項については裏面を御覧ください。

| | |
|---------|----|
| 共済組合使用欄 | |
| 審査 | 入力 |
| | |

令和 XX 年 XX 月 XX 日 から 令和 XX 年 XX 月 XX 日
 までの勤務しなかった期間について、（根拠条例等 **公立学校職員の勤務時間、休暇等に関する条例及び公立学校職員の給与に関する条例**）に基づき
 給料の **全 部** 及び諸手当の **全 部** を支給しなかったことを証明します。
 一 部 一 部

給与支給証明欄

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
 までの勤務しなかった期間について、（根拠条例等）に基づき
 給料の 全 部 及び諸手当の 全 部 を支給しなかったことを証明します。
 一 部 一 部

令和 XX 年 XX 月 XX 日
 給与事務担当者（注） 氏 名 **小 中 一 男** **小中** 印

今回請求する期間について
 記入してください。

事務担当者の認印を
 押印してください。

注1. 県立学校及び県教委事務局に所属する方の場合、総務事務課担当者の証明が必要となりますので、「所属所 ⇒ 総務事務課 ⇒ 共済組合」という流れで手続きを行ってください。

支給日数の算出

〔 曜日を記入し、支給該当日（注2）に○を付してください。 〕

令和 XX 年 XX 月分

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----|----|----|---------|----|----|----|
| 曜 | 曜 | 曜 | 曜 | 曜 | 曜 | 曜 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | 支給日数（B） | 21 | | 日 |

注2. 土日、祝祭日及び時間単位・半日単位で勤務した日を除く。

共済組合使用欄※

支給開始日 年 月 日

支給満了日 年 月 日

摘 要

添付書類

1. 出勤簿（県立学校及び県教委事務局に勤務している方は勤務実績表）の写し（請求の都度）
2. 請求期間に係る給与明細の写し（請求の都度）
3. 介護休暇承認書類（介護休暇期間、介護対象者、組合員との続柄が記載されているもの）の写し（初回請求時及び休暇期間の変更があった場合）

注意事項

1. 介護対象者が、配偶者、父母、子、配偶者の父母、祖父母、孫、兄弟姉妹の場合は、組合員と別居している場合であっても請求することができますが、父母の配偶者、配偶者の父母の配偶者、子の配偶者、配偶者の子については、組合員と同居していることが支給要件となります。
2. 介護休業期間に変更（短縮を含む。）があった場合についても速やかに提出してください。
3. ※印欄は記入不要です。