介護休業手当金請求書　【記入例】

組合員証記号番号	公立長崎 第 0123456 号	組合員氏名	共済　花子	所属所名	○○小学校
所属所所在所	○○市○○町○－○				
組合員の介護を必要とする者	氏名	共済　太郎		組合員との続柄	父
	住所	○○市○○町○－○			
介護休業承認期間	令和　○年　6月　1日から　令和　○年　6月　30日まで				
標準報酬の月額	第　29　級　470,000　円				
請求期間	令和　○年　6月　1日から 令和　○年　6月30日まで		請求金額	291,595　円	
給付金の送金先	給付金等受取口座　・　マイナポータル登録の公金受取口座※1 （給付金等受取口座と違う場合に限る）				

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合長崎支部長　様

令和　○年　7月　15日

請求者　住所　○○市○○町○－○

氏名　共済　花子

所属所受付年月日
受付 ○.7.15 ○○小学校

（注）　介護休暇承認通知書の写し、出勤簿の写し、直前の給料の満額支給、および請求月の給料の減額を確認できる書類を添付してください。

※1：マイナンバーカードを作成し、マイナポータルに登録した公金受取口座を指定する場合、給付が通常スケジュールとは異なり遅れての送金となる可能性があります。給付金の送付先に○がない場合は、事前に登録されている給付金等受取口座へ送金いたします。

（介護休業手当金請求書の裏面）

令 和　〇年　６月　１日から　令 和　〇　年　６月３０日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の給料を支払ったことを証明する。

令 和	〇年　６月　１日 〇年　６月３０日	間	23,247　円
令 和	年　月　日 年　月　日	間	円
令 和	年　月　日 年　月　日	間	円

令和　〇年　７月１５日

所 属 所 長 又 は　職　名　〇〇市立〇〇小学校

給 与 事 務 担 当 者　氏　名　校長　〇〇　〇〇

公印

標準月額の月額		標準報酬の日額 (10円未満四捨五入)		
470,000 円	× $\frac{1}{22}$	=	21,360 円	
標準月額の日額		給付日数 (円未満切捨て)		
21,360 円	× $\frac{67}{100}$	=	14,311 円	
給付日額	支給日数	給付額		
14,311 円	× 22 日	=	314,842 円	
給付額	控除額	給付決定額		
314,842 円	− 23,247 円	=	291,595 円	

今回支給日数
（該当日に〇印を付する。）
６月分

曜日					
月	1	8	15	22	29
火	2	9	16	23	30
水	3	10	17	24	31
木	4	11	18	25	
金	5	12	19	26	
土	6	13	20	27	
日	7	14	21	28	

公立学校共済組合処理欄

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