

介護休業手当金請求書

組合員証 記号番号	公立長崎 第 号	組合員 氏 名		所 属 所 名	
所 属 所 在					
組合員の 介護を必要 とする者	氏 名			組合員 との続柄	
	住 所				
介護休業承認期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
標準報酬の月額	第 級 円				
請 求 期 間	令和 年 月 日から	請 求 金 額	円		
	令和 年 月 日まで				
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 月 日					
請求者 住 所					
氏 名					
(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。				所 属 受 付 年 月 日	
※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。					

令和 年 月 日から 令和 年 月 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 年 月 日 } 間 円
年 月 日

令和 年 月 日 } 間 円
年 月 日

令和 年 月 日 } 間 円
年 月 日

令和 年 月 日

所属所長又は 職 名
給与事務担当者 氏 名

印

標準月額 の 月 額	標準報酬 の 日 額 (10円未満四捨五入)	今 回 支 給 日 数 (該当日に○印を付する。) 月分					
円 × $\frac{1}{22}$ =	円	曜日	1	8	15	22	29
標準月額 の 日 額	給付日数 (円未満切捨て)		2	9	16	23	30
			3	10	17	24	31
給付日額	支給日数	給 付 額		4	11	18	25
				5	12	19	26
給 付 額	控 除 額	給付決定額		6	13	20	27
				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					