



所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
※決定額	
円	

1. 介護休業手当金請求書
2. 介護休業手当金変更請求書

組合員氏名		介護を必要とする者の氏名	
			続柄 ()
介護休業期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	変更後の 介護休業期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
請求期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	変更後の 請求期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
請求期間の 標準報酬月額	等級 第 級 円	請求日数	日
		請求金額	円

請求期間中の報酬額は、別紙「介護休業手当金 添付書類」のとおりとなります。

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 年 月 日

請求者

〒
住 所
職名・氏名 (印)
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

所属所名
所属所長名 (印)
電話番号

注意事項

- 1、※印欄は記入しないでください。
- 2、「介護休暇承認通知書」等、介護休業に関する所属機関の長の証明書
- 3、出勤簿の写し
- 4、「介護休業手当金 添付書類」
- 5、給与明細の写し(介護休業取得月の前月、請求月分の計2枚)