

介護休業手当金請求書

新規
変更

共通	組 合 員 氏 名						
共通	組 合 員 生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日				
共通	組 合 員 等 記 号 ・ 番 号	記号	公立大分		番号		
共通	所 属 機 関 の 名 称	名称				所 属 コード	
【新規】	介護休業の初日及び末日 (2週間以上の期間であること)	(初日) 令和	年	月	日	(末日) 令和	年 月 日
【変更】	変更後の介護休業 の初日及び末日	(初日) 令和	年	月	日	(末日) 令和	年 月 日
共通	組合員の介護を必要とする 者の氏名及び続柄、住所	要介護者 氏名				続柄	
		住所					
共通	標準報酬の等級及び月額	等級	第	級	月額	円	
【新規】	介護休業手当金の請求に係 る期間 (月ごとに請求・上限66日まで)	令和	年	月	日	から	年 月 日
【変更】	変更後の介護休業手当金 の請求に係る期間	令和	年	月	日	から	年 月 日
共通	介護休業手当金の請求金額		(給付額は、給付日額【B】から調整額(報酬日額等)を控除した額となります。)				
	標準報酬日額	【標準報酬月額÷22(10円未満四捨五入)】	【A】				
	給付日額	【A×67/100(円未満切捨て)】	【B】	※			
※計算の結果、給付日額が給付上限額を上回る場合は上限額を記入してください。							
上記のとおり請求します。							
公立学校共済組合大分支部長 殿							
令和 年 月 日			住 所				
			氏 名				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
令和 年 月 日			所属機関の 名称・所在地				
			所属機関の長				
			印				

事務担当者

連絡先 所属所 学校支援センター

連絡先電話番号