

介護休業手当金(変更)請求書

組合員等 記号・番号						公立阪																
職名							所属所名															
フリガナ 組合員氏名							標準報酬の月額 円															
承認された 介護休暇期間							令和 年 月 日 から															
							変更後の 承認された 介護休暇期間									令和 年 月 日 から						
							令和 年 月 日 まで															
請求期間 (暦月単位)							令和 年 月 日 から 令和 年 月 日															
要介 護者	フリガナ 氏名						組合員との 続柄				要勤務数 日数		支給対象 日数		請求金額							
	住所														円							
上記のとおり請求します。															電話							
公立学校共済組合大阪支部長様																	郵便番号 _____					
令和 年 月 日 請求者																	住所 _____ フリガナ _____ 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																	電話					
郵便番号 所在地 所属所名 所属所長																	職名 氏名		所属所受付印		※受付印がない場合は、公印を押印してください。	

添付書類	①「介護休暇願」の写し （「要介護者の状態及び具体的な介護の内容」の記載がない場合は、その内容がわかる書類も添付してください。） ②請求月の月末まで処理済の「出勤簿」の写し ③請求月の「給与支給明細書」の写し ④請求月の給与が調整された月（※調整月）の「給与支給明細書」の写し （※）請求月の翌月の給与支給において調整されている場合は、翌月の給与支給明細書の写しが必要です。 なお、翌月以降に支給される給与で調整されない場合は、戻入額がわかる書類が必要となります。 ⑤短縮された方については、「状況変更届」の写し ⑥同居が要件となっている方については、申立書が必要になる場合があります。
注意事項等	①裏面に所屬所長又は給与事務担当者の証明を受けたいう、共済組合に提出してください。 ②請求書は暦月単位で作成してください。 ③変更後の承認された介護休暇期間の欄は、初回の介護休暇の申請に変更（再度の申請を含む）があった場合のみに記入してください。 ④時間単位で介護休暇を取得した場合は手当金の適用除外となります。ご注意ください。 ⑤要介護者の一の継続する状態ごとに、介護休暇の日数を通算して66日を超えない期間について支給されます。 ⑥同一の介護休業について、雇用保険法による介護休業給付を受けることができるときは、共済組合から支給されません。

報 酬 支 給 証 明

組合員氏名

*この請求書で請求する月について証明をしてください。

介護休暇期間

令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで (うち全日介護休暇日数 日)

請求月に対する報酬は、上記介護休暇日数分を減額の上支給されます。

報酬の支給について、☐ 請求月の翌月の給与支給において調整されています。

☐ 請求月の翌月において調整されず、戻入となります。

※いずれかにチェックを入れてください。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所属機関の長

職 名

又は

給与事務担当者

氏 名

※所属所長、又は給与事務担当者により必ず証明してください。

介護休業手当金(変更)請求書

組合員等 記号・番号	公立阪	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
職 名	教 諭						所 属 所 名		大阪府立〇〇高等学校				
フリガナ 組合員氏名	コウリツ タロウ 公立 太郎						標準報酬の月額		300,000 円				
承認された 介護休暇期間	令和 4年 9月 1日 から						変更後の 承認された 介護休暇期間		令和 年 月 日 から				
	令和 4年 11月 30日 まで								令和 年 月 日 まで				
請求期間 (暦月単位)	令和 4年 9月 1日 から 令和 4年 9月 30日												
要介護者	フリガナ 氏 名	コウリツ ハナコ 公立 花子					組合員との 続 柄	要 勤 務 日 数	支給対象 日 数	請求金額			
	住 所	大阪府中央区〇〇町△△-××					実母	22	20	空欄で結構です。 円			
上記のとおり請求します。								電話	06-1234-××××				
公立学校共済組合大阪支部長 様								郵便番号	540-1234				
令和 4年 10月 20日 請 求 者								住所	大阪府中央区〇〇町△△-××				
								フリガナ	コウリツ タロウ				
								氏 名	公立 太郎				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。													
令和 4年 10月 21日								電話	06-5678-××××				
郵便番号 540-5681								大阪府立 〇〇高等学校 受 付 R4.10.21所 受付印 ※受付印がない場合は、 公印を押印してください。					
所在地 大阪府中央区大手前△△-××													
所属所名 大阪府立〇〇高等学校													
所属所長 職 名 校長 氏 名 共済 一郎													

添 付 書 類	①「介護休暇願」の写し (「要介護者の状態及び具体的な介護の内容」の記載がない場合は、その内容がわかる書類も添付してください。)
	②請求月の月末まで処理済の「出勤簿」の写し
	③請求月の「給与支給明細書」の写し
	④請求月の給与が調整された月(※調整月)の「給与支給明細書」の写し (※)請求月の翌月の給与支給において調整されている場合は、翌月の給与支給明細書の写しが必要です。 なお、翌月以降に支給される給与で調整されない場合は、戻入額がわかる書類が必要となります。
	⑤短縮された方については、「状況変更届」の写し
	⑥同居が要件となっている方については、申立書が必要になる場合があります。
注 意 事 項 等	①裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、共済組合に提出してください。
	②請求書は暦月単位で作成してください。
	③変更後の承認された介護休暇期間の欄は、初回の介護休暇の申請に変更(再度の申請を含む)があった場合のみに記入してください。
	④時間単位で介護休暇を取得した場合は手当金の適用除外となります。ご注意ください。
	⑤要介護者の一の継続する状態ごとに、介護休暇の日数を通算して66日を超えない期間について支給されます。
	⑥同一の介護休業について、雇用保険法による介護休業給付を受けることができるときは、共済組合から支給されません。

報酬支給証明

組合員等記号・番号

公立阪

1234567890

組合員氏名

公立 太郎

*この請求書で請求する月について証明をしてください。

介護休暇期間

令和 4年 9月 1日から

令和 4年 9月 30日まで

(うち全日介護休暇日数 20日)

請求月に対する報酬は、上記介護休暇日数分を減額のうえ支給されます。

報酬の支給について、 ☒ 請求月の翌月の給与支給において調整されています。

☐ 請求月の翌月において調整されず、戻入となります。

※いずれかにチェックを入れてください。

上記のとおり証明します。

令和 4年 10月 21日

必ず証明してください

所属機関の長

職 名

大阪府立〇〇高等学校長

又 は

給与事務担当者

氏 名

共済 一郎

※所属所長、又は給与事務担当者により必ず証明してください。