介護休業手当金請求書

年　　月分

所属所名 電話　（　　）															
組合員職名		氏名		組合員証番号									(枝番)	0	0
介護休業期間 年　月　日から 年　月　日まで				変更後の介護休業期間 年　月　日から 年　月　日まで						請求日数 ［一日単位で介護休暇を取得した日（週休日及び祝日を除く）］ 日　（累計　　/66日）					
介護休業手当金請求期間 年　月　日から 年　月　日まで				変更後の介護休業手当金請求期間 年　月　日から 年　月　日まで						減額になった期間 左記介護休業手当金請求期間に同じ					
休業時の給料（標準報酬月額）　（　年　月　日適用） 等級　（第　級）　特別支援学級調整　（有・無） 標準報酬の月額　¥										決定金額 ¥					
組合員の介護を必要とする者	住所（同居・別居）				氏名					続柄					
請求金額 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（標準報酬日額）×67/100（円未満切捨て）］→　・・・B ※標準報酬月額が給付上限相当額以上の場合は、給付上限で計算してください。										請求金額［B×日数］ ¥					
雇用保険法の適用の有無　□有　□無										雇用保険法適用有無に✔を記入する。					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合東京支部長　殿 年　月　日　請求者　住所 署名															
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年　月　日 所属所長　職名 氏名　（公印省略）										事務取扱者氏名					
月										［添付書類］					
	1	2	3	4	5	6	7			1 介護休暇承認申請書兼処理簿の(写)					
	8	9	10	11	12	13	14			2 出勤簿の(写)					
	15	16	17	18	19	20	21			3 報酬支給額証明書					
	22	23	24	25	26	27	28			4 介護休暇期間に変更があった場合は、変更が確認できる書類					
	29	30	31	（　日）						※(写)にはそれぞれ所属所長の原本証明が必要です。					
控除額　円										共済組合受付					

●太線枠内は記入しないでください

［注意事項］

1 請求書は月単位で提出してください。
2 カレンダーに請求月・曜日を記入して、請求日に○をつけ請求日数を記入してください。
3 介護休業手当金は、その対象者が同一の場合、一つの継続した期間に介護休暇を取得したときに一回に限り給付されます。
介護休暇承認基準と介護休業手当金支給基準は一致しないことがあります。

提出先　公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

（令和６年１月）