介護休業手当金（変更）請求書

該当任用区分に✔
□正規　□臨時的任用
□再任用　□会計年度
□その他（　　）

所属所名	所属所コード
組合員氏名	組合員番号

※給付対象年月	※決定額

請求金額	円			
要介護家族	住　所			
	氏　名			
	組合員との続柄		続柄コード	
介護休業の期間	年　月　日から　年　月　日まで			
（変更後の期間）				
標準報酬月額	円			
請求期間	年　月　日から　年　月　日まで			
（変更後の期間）				
介護休業により勤務しなかった日数	日			
（変更後の日数）				
適　要				
振込銀行	銀行名		口座番号	
	支店名			

地方公務員等共済組合法施行規程第１１５条の３の規定に基づき、上記のとおり請求いたします。

公立学校共済組合山梨支部長　殿

令和　　年　　月　　日

住　所

請求者

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

所属機関名

所属機関の長　　職　　名

氏　　名　　印

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
令和　　年　　月　　日　　日間　　割　　円
令和　　年　　月　　日
令和　　年　　月　　日　　日間　　割　　円
令和　　年　　月　　日
令和　　年　　月　　日　　日間　　割　　円
令和　　年　　月　　日

令和　　年　　月　　日

所属機関の長　　職　名
又
給与事務担当者　　氏　名

印

標準報酬日額の計算（10円未満四捨五入）

標準報酬月額/22=標準報酬日額

/22　=

標準報酬日額の計算（1円未満切捨て）

標準報酬日額×掛率＝給付日額

×67/100　=

給付額の計算

給付日額×給付日数＝給付額

給付決定額の計算

給付額ー控除額＝給付決定額

今回支給日数（該当日に〇印を付する）

月分

	1( )	8( )	15( )	22( )	29( )
	2( )	9( )	16( )	23( )	30( )
	3( )	10( )	17( )	24( )	31( )
	4( )	11( )	18( )	25( )	
	5( )	12( )	19( )	26( )	
	6( )	13( )	20( )	27( )	
	7( )	14( )	21( )	28( )	

※支給開始日	※前回支給分	※今回支給分
年　　月分から	年　　月分まで	年　　月分から