別紙様式第１８号

主任書記	書　　記	主　　任	給付決定伺

介護休暇助成金請求書

様式コード	会員区分	団体コード	会員証番号	会員氏名	所属団体名
互４６１０	１　一般 ５　公立			フリガナ 生年月日　　年　月　日	

給付種別		※種別ｺｰﾄﾞ	※件数	※日数	請求金額	※決定額
互助会給付	介護休暇助成金	７２	※　　件	日	円	円

請求（支給）期間								今回請求(支給)対象日を○してください。　　月分					
令和	年	月	日	令和	年	月	日	曜日	１	８	１５	２２	２９
介護休暇を承認された期間									２	９	１６	２３	３０
令和	年	月	日	令和	年	月	日		３	１０	１７	２４	３１

介護の対象となる家族の氏名等	※支給開始日					
	令和　年　月　日分から		４	１１	１８	２５	
	※前回支給分		５	１２	１９	２６	
（会員との続柄　　）	令和　年　月　日分まで					
備考			６	１３	２０	２７	
	※今回支給分					
	令和　年　月　日分まで		７	１４	２１	２８	

介護休暇を承認された上記請求（支給）期間において、給料及び調整の対象となる他の互助会等からの給付が支払われなかったことを証明する。

なお、共済法の規定による休業手当金若しくは介護休業手当金又は雇用保険法の規定による介護休業に係る給付金の請求権がないことを併せて証明する。

令和　　年　　月　　日

市町村等の長　職　名
又は
給与事務担当者　氏　名　　㊞

上記のとおり請求いたします。

千葉県市町村職員互助会理事長　様

令和　　年　　月　　日

請求者　住　所
氏　名

互助会受付印	再受付印	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 市町村等の長　職　名 氏　名

１．交替制職場に勤務する会員の場合は、勤務を要する日の分かる書類を添付してください。
２．※印欄は記入しないでください。
３．休職の事実を証する書類（休職辞令等）の写しを添付してください。