

介護休業手当金請求書  
(260)

保健課長	課長補佐	保健係長	主任	支出 決定 伺

組合員区分	所属所番号	組合員等番号	組合員氏名		所属機関名										
1 一般			フリガナ												
			生年	昭和		年	月	日							
			3	4	5										
			昭	平	令										
			和	成	和										
			月	日											
介護休業承認期間			介護休業手当金請求期間												
5 令和	年	月	日	5 令和	年	月	日	5 令和	年	月	日	5 令和	年	月	日
各月休業 日数及び 請求額	月分		日	月分		日	月分		日	月分		日	月分		日
	円			円			円			円			円		
標準報酬の月額				※ 日数		※ 決定金額									
等級				円		日		円							
組合員の 介護を 必要と する者	要介護者氏名			続柄	住所										
上記のとおり請求します。															
千葉県市町村職員共済組合理事長 様															
令和 年 月 日 請求者 氏名															
組合受付印				再受付印				上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。							
令和 年 月 日 所属所長 職名 氏名															

(注)

- 介護休業の承認された期間が確認できる書類を添付してください。
- 実際に介護休業を取得した日が確認できる書類（出勤簿、休暇整理簿等）を添付してください。
- 介護休業中の報酬の支払について、所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けてください。
- 請求日数記入欄に介護休業を取得した日を○印で明記してください。
- ※欄は、記入しないでください。

報酬支払の証明欄

令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの期間に対して、次の報酬を支払ったことを証明する。

令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	( 日間)	円
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	( 日間)	円
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	( 日間)	円
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	( 日間)	円
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	( 日間)	円

※ 祝祭日の報酬 有・無 (どちらかに○をしてください。)

(報酬の日額×日数)

令和 年 月 日

所属機関の長又は 職名

給与事務担当者 氏名

印

※ 計 算 欄												請求日数欄 今回請求(支給)対象日に○をしてください。											
(給付日額計算) 標準報酬の月額 _____ 円×1/22 = _____ 円 (10円未満四捨五入) 給付日額 _____ 円 標準報酬の日額×0.67 = _____ 円 (円未満の端数切捨て)												曜日 月 曜日 月											
給付日額 × _____ 日 = _____ 円												曜日 月 曜日 月											
算定額 _____ 円 - _____ 円 = _____ 円												曜日 月 曜日 月											
支払開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日												曜日 月 曜日 月											
令和 年 _____ 月 _____ 日				令和 年 _____ 月 _____ 日				令和 年 _____ 月 _____ 日				曜日 月 曜日 月				曜日 月 曜日 月							
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				曜日 月 曜日 月				曜日 月 曜日 月							