

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 月 日	3 4 5 昭和 平成 令和	年	月	
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			
	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 千							
令和 年 月 日	請求者	住所	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	職名 所属所長 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)				曜日 月 曜日 月								
標準報酬の月額				標準報酬の日額								
円×1/22 = 円				(10円未満四捨五入)								
給付日額												
標準報酬の日額×0.67 = 円				(円未満の端数切捨て)								
(給付額計算)				曜日 月 曜日 月								
給付日額 × 支払日数 算定額				曜日 月 曜日 月								
円 × 日 = 円				曜日 月 曜日 月								
報酬との調整				曜日 月 曜日 月								
算定額 控除額 支払決定額				曜日 月 曜日 月								
円 - 円 = 円				曜日 月 曜日 月								
支払開始日			前回支給分			今回支給分						
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日										