

10/1から12/31まで介護休業
を取得し、4月分の介護休業手当金を
請求する場合の記入例

	局長	課長	係長	係
決定 伺				

介護休業手当金請求書

		決定額	円	
組合員記号番号 又は個人番号		組合員氏名 (ふりがな) きょうさい たろう		所属機関
〇〇	〇〇	共済 太郎		〇〇〇市役所
組合員の 介護を 必要と する者	氏名 (身分関係)	共済 花子	身分関係 (妻)	標準報酬の 月額 〇〇〇,〇〇〇 円
	住所	〇〇〇〇〇〇〇〇		請求金額 〇〇〇,〇〇〇 円
介護休業の初日		令和 〇年 10 月 1 日	請求期間	令和 〇年 10 月 1 日
介護休業の末日		令和 〇年 12 月 31 日		令和 〇年 10 月 31 日
上記のとおり請求いたします。 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿 請求者 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇 氏名 共済 太郎				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 所属所長 職名 〇〇〇〇〇〇〇〇 氏名 〇〇 〇〇				

- 介護休業に関する所属所長の証明書等の(写)を添付して下さい。
- 介護を必要とする者の医師の意見書等の(写)を添付して下さい。

令和○年 10 月 1 日から、令和○年 10 月 31 日まで出勤しなかった期間
 に対して、次の金額を支払ったことを証明する。

令和○年 10 月 1 日から 令和○年 10 月 31 日まで	22 日	0 割	0 円
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	割	円
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			円

休業中に支給された報酬(手当含む)が
 あれば、その金額を記入してください。

報酬の内容によっては、手当金との調整が
 必要な場合があります。

令和○年 ○○月 ○○日

所属機関の長 職 名 ○○○○○
 又は給与担当者 氏 名 ○○ ○○

報 酬 と の 調 整	標準報酬月額	標準報酬日額	今回支給日数(該当日に○印を付する)						
	○○○,○○○ 円	$\times \frac{1}{22} =$	○○,○○○ 円	令和 ○ 年 ○ 月分 (22 日)					
	標準報酬日額	給付日額	木 曜	○1	○8	○15	○22	○29	
	○○,○○○ 円	$\frac{67}{100} =$	○○,○○○ 円	金 曜	○2	○9	○16	○23	○30
	給付日額	支給日数	土 曜	3	10	17	24	31	
	○○,○○○ 円	$\times$ 22 日	給付額	日 曜	4	11	18	25	*
	給付額	報酬の額	給付決定額	月 曜	○5	○12	○19	○26	*
円	円	円	火 曜	○6	○13	○20	○27	*	
※ 支給開始日		※ 前回支給日		<標準報酬月額53万円以上該当> 給付上限相当日額 全員共通で令和6年8月1日から 15,778円					
令和 年 月 日から		令和 年 月							