

決定伺	課長	係長	係

介護休業手当金請求書

決定額	円
-----	---

組合員証記号番号 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 (続柄)	共済 花子 続柄 (妻)	標準報酬の月額	〇〇〇,〇〇〇 円	
	住所	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 〇 月 〇 日	請求期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から		
介護休業の末日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		令和 〇 年 〇 月 〇 日まで		

上記のとおり請求いたします。

令和 〇 年 〇 月 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**
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 年 〇 月 〇 日

所属所長 職名 **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。

**介護休業手当金
請求様式裏面計算書**

令和〇年**10**月**1**日から、令和〇年**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。

令和〇年 10 月 1 日から 令和〇年 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

給付上限相当日額(全員共通)

**令和3年8月1日から
給付割合67/100の場合 15,102円**

令和〇年〇月〇日

所属機関の長 職 名 〇〇〇〇〇
又は給与担当者 氏 名 〇〇 〇〇

給料との調整	標準報酬月額 〇〇,〇〇〇 円	$\times \frac{1}{22} =$	標準報酬日額 〇〇,〇〇〇 円	今回支給日数(該当日に○印を付する) 令和〇年 10 月分(22 日)							
	標準報酬日額 〇〇,〇〇〇 円	$\times \frac{67}{100} =$	給付日額 〇〇,〇〇〇 円	木 曜	(1)	(8)	(15)	(22)	(29)		
	給付日額 〇〇,〇〇〇 円	\times	支給日数 22 日	金 曜	(2)	(9)	(16)	(23)	(30)		
	給付額	\times	給付額 〇〇,〇〇〇 円	土 曜	3	10	17	24	31		
	給付額	$-$	控除額	日 曜	4	11	18	25	*		
	給付決定額				月 曜	(5)	(12)	(19)	(26)	*	
						火 曜	(6)	(13)	(20)	(27)	*
						水 曜	(7)	(14)	(21)	(28)	*
※支給開始日			※前回支給分			※今回支給分					
令和 年 月 日から			令和 年 月 日まで			令和 年 月 日まで					