

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) <b>きょうさい たろう</b>		所属機関	
<b>〇〇-〇〇〇</b>		<b>共済 太郎</b>		<b>〇〇〇市役所</b>	
組合員の 介護を 必要と する者	氏名 (続柄)	<b>共済 花子</b> 続柄 (妻)	標準報酬の月額	<b>〇〇〇,〇〇〇</b> 円	
	住所	<b>〇〇〇〇〇〇〇</b>	請求金額	<b>〇〇〇,〇〇〇</b> 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 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日から 令和〇年 <b>10</b> 月 <b>31</b> 日まで	<b>22</b> 日	<b>0</b> 割	<b>0</b> 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 ○○○○○  
又は給与担当者 氏 名 ○○ ○○

給料との調整	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)						
	<b>00,000</b> 円	$\times \frac{1}{22} =$	<b>00,000</b> 円	令和〇年 <b>10</b> 月分( <b>22</b> 日)					
	標準報酬日額	給付日額	<b>木</b> 曜	(1)	(8)	(15)	(22)	(29)	
	<b>00,000</b> 円	$\times \frac{67}{100} =$	<b>00,000</b> 円	<b>金</b> 曜	(2)	(9)	(16)	(23)	(30)
	給付日額	支給日数	給付額	<b>土</b> 曜	3	10	17	24	31
	<b>00,000</b> 円	$\times$ <b>22</b> 日	<b>00,000</b> 円	<b>日</b> 曜	4	11	18	25	*
給付額	控除額	給付決定額	<b>月</b> 曜	(5)	(12)	(19)	(26)	*	
円	円	円	<b>火</b> 曜	(6)	(13)	(20)	(27)	*	
			<b>水</b> 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					