

介護休業手当金請求書

組合員証 記号 番号		組合員氏名	所属機関名		※決定額	円	No.
介護を必要とする者の住所・氏名	住所			初日	令和 年 月 日		
	氏名 (昭和 平成 令和 年 月 日生)			・休業日の	末日	令和 年 月 日	
請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		請求金額	円	標準報酬月額	第 級	円
及各月の請求日額数	月分	月分	月分	月分	日	日	円
上記のとおり請求します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 請求者 住所氏名							
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 年 月 日 所属機関の長 職名氏名							

- 「介護休業に関する所属機関の長の証明書」（介護休業承認書の写しに原本証明をしたものなど）を添付して下さい。
- 必要事項を記載し、所属機関の長を経由して、共済組合に提出して下さい。
- 報酬とは、給料及び各市町の給与条等等で定められている諸手当（期末・勤勉手当を除く）をいいます。
- ※印欄は、記入しないで下さい。

所属機関の長又は給与事務担当者の証明

令和 年 月 1 日から 令和 年 月 日までの期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明します。

期間	本来支給額					計
	給料月額	扶養手当	住居手当	通勤手当		
自 令和 年 月 1 日 割	円	円	円	円	円	円
自 令和 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円
自 令和 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円
自 令和 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円
自 令和 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円

令和 年 月 日

(証明者) 所属機関の長又は 職名
給与事務担当者 氏名

※介護休業手当金計算書

請求日数欄
今回請求（支給）対象日に○をつけてください（祝日に対して介護休業が付与されていない場合は○をつけしないでください。）。

1 標準報酬日額
円 × 1 / 22 = 円… (A)
(標準報酬月額) (10円未満四捨五入)

2 給付日額 (給付上限相当額 15,513円)
(A) × 67 / 100 = 円… (B)
(円未満切捨て)

3 給付額
(B) × 日 = 円… (C)
(給付日数)

4 報酬との調整
(C) - 円 = 円… (D)
(控除額) (給付決定額)

曜日	令和 年 月分				
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

曜日	令和 年 月分					曜日	令和 年 月分					曜日	令和 年 月分				
	1	8	15	22	29		1	8	15	22	29		1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30		2	9	16	23	30		2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31		3	10	17	24	31		3	10	17	24	31
	4	11	18	25			4	11	18	25			4	11	18	25	
	5	12	19	26			5	12	19	26			5	12	19	26	
	6	13	20	27			6	13	20	27			6	13	20	27	
	7	14	21	28			7	14	21	28			7	14	21	28	

※支給開始日 令和 年 月 日分から ※前回支給分 令和 年 月 日分まで ※今回支給分 令和 年 月 日分まで

※給付上限相当額は、雇用保険法第17条第4項第2号ハに定める額の変更に伴い変更されます。