

休業手当金請求書

		※決定額		円 No.	
組合	記号	〇〇〇	組合員	所属	
員証	番号	〇〇〇	氏名	共済 花子	
勤務できな かった期間	〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで	勤務でき なかつた 理由	脳梗塞の夫（共済太郎）の介護をするため		
標準報酬月額	第 〇 級 〇〇〇〇〇〇 円	請求期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 〇 日まで	請求金額	〇〇〇〇〇〇 円
根拠規定	地方公務員等共済組合法第70条第 1 号に該当することを証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 職名 〇〇市長 所属機関の長 氏名 〇〇 〇〇				
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 〇 年 〇 月 〇 日 請求者 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 氏名 共済 花子					
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 職名 〇〇市長 所属機関の長 氏名 〇〇 〇〇					

- 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例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 〇 年 〇 月 1 日から 令和 〇 年 〇 月 31 日までの期間に対して、
次の金額の報酬を支払ったこと証明します。

期 間	本来支給額	給料月額	扶養手当	住居手当	通勤手当	計
		334,000 円	19,500 円	10,000 円	円	
自 令和 〇 年 〇 月 1 日 〇 割	0 円	0 円	0 円	円	円	0 円
自 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(証明者) 所属機関の長又は 職名 〇〇課〇〇係
給与事務担当者 氏名 〇〇 〇〇

※休業手当金計算書

1 標準報酬の日額	今回支給日数（該当日に〇印を付ける。）					
	曜日	令和	年	月分		
$\frac{\text{標準報酬月額}}{\text{10円未満四捨五入}} \times \frac{1}{22} = \text{円} \dots (A)$		1	8	15	22	29
		2	9	16	23	30
		3	10	17	24	31
2 給付日額		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
3 給付額		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
4 報酬との調整	$\frac{\text{給料月額}}{\text{（地域手当含む）}} \times \frac{\text{（支給割合）}}{10} = \text{円} \dots (D) \quad \left(\frac{(D) \times 1}{\text{（勤務を要する日数）}} + \left(\frac{(E) \times 1}{22} \right) = \text{円} \dots (F) \right)$ $\frac{\text{（其他手当）}}{\text{（支給割合）}} \times \frac{\text{（円未満四捨捨て）}}{10} = \text{円} \dots (E) \quad \left((B) - (F) \right) \times \frac{\text{日}}{\text{（給付日数）}} = \text{円} \dots (G)$					

※支給開始日		※前回支給分		※今回支給分	
令和	年 月 日分	令和	年 月 日分	令和	年 月 日分