

# 介護休業手当金請求書

							※ 決定額	円
組合員証	記号	〇〇〇	組合員	フリガナ	キョウサイ タロウ	性別	生年月日	年齢
	番号	×××××		氏名	共済 太郎	男 女	昭和 平成 令和	〇年 5月 5日
所属機関	名称	〇〇市役所			標準報酬月額	21 等級 360,000 円		
組合員の介護を必要とする者	フリガナ	キョウサイ ハナコ			組合員との続柄	母	住居区分	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員と同居
	氏名	共済 花子						<input type="checkbox"/> 組合員と別居
	住所	〒 〇〇〇 - ×××× 大分市 〇〇町 1-2-3						
介護休暇の承認期間		令和 〇年 8月 1日 ~			令和 〇年 9月 30日			
介護休業手当金の請求期間		令和 〇年 8月 1日 ~			令和 〇年 8月 31日			
請求月		令和 〇年 8月分			請求日数	23 日		
請求金額		〇〇,〇〇〇 円						
上記のとおり請求します。 大分県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇年 9月 1日 請求者 住所 大分市〇〇町1-2-3 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 9月 2日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇			

所属 所 証 明 欄	令和 ○ 年 8 月の介護休業取得月の給与報酬について、下記の金額を支払ったことを証明します。					
	期 間		令和 ○ 年 8 月分給与報酬	要勤務日	介護休業取得日数	
	種別	本来の支給額	支給実績	23 日	23 日	
	報酬①	給料月額	340,000 円	0 円	C	D
			円	円		
	祝祭日の取扱い					
	祝祭日を要勤務日に					
	報酬②	計	A 340,000 円	0 円	E	2,106 円
		扶養手当	16,500 円	0 円		
		住居手当	3,000 円	0 円		
		円	円			
報酬①に係る1時間あたりの減額単価						
合 計			0 円			
令和 ○ 年 9 月 2 日						
職名 人事給与係長						
所属機関の長又は給与事務担当者 氏名 ○○ ○○						

介護休業手当金の計算	支給対象日					
	曜日	8 月分				
	水	①	⑧	⑮	⑳	㉑
	木	②	⑨	⑯	㉓	⑳
	金	③	⑩	⑰	㉔	㉒
	土	✕	✕	✕	✕	
	日	✕	✕	✕	✕	
	月	⑥	⑬	⑳	㉖	
	火	⑦	⑭	㉑	㉗	
	勤務しなかった期間に支払われた報酬の日額					
報酬①	A/C F 14,783.60 円					
報酬②	B/22 G 886.36 円					
1日あたりの減額単価	E×7.75 H 16,321.50 円					
日額	(F-H)+G(円未満切捨て) (F-H)<0の場合はGの額 I 886 円					
※ 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		

※印欄は記入しないでください。

