

< 家族の病気の看護で欠勤した場合 >

様式第10号

休業手当金請求書

決定額 \* 円

組合員等記号・番号		組合員名前		所属機関	
△△△△-△△△△		共済花子		名称	〇〇市
				所在地	〇〇市〇〇町
勤務できなかった期間		勤務できなかった理由		支給期間	開始 * 年 月 日
△△△△年 △月 △日から △△△△年 △月 △日まで		△月△日長男に太郎が手術をし 常時看護を必要とするため			支給済 * 年 月 日まで
					満了 * 年 月 日
給付事由	対象者名	請求期間		欠勤日数	
* 法第70条 号	共済太郎	△△△△年 △月 △日から △△△△年 △月 △日まで		△△ 日	
標準報酬の等級及び月額		調整額		請求額	
24 等級 340,000 円		* 円		円	
根拠規定	地方公務員等共済組合法第70条第 △ 号に該当することを証明する。 △△△△年 △月 △日 所属機関の長 職名 〇〇市長 名前 〇〇〇〇				
上記のとおり請求します。 広島県市町村職員共済組合理事長 様 △△△△年 △月 △日 請求者名前 共済花子					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 △△△△年 △月 △日 所属所長 職名 〇〇市長 名前 〇〇〇〇					

<添付書類>

- 報酬支給額証明書及び出勤簿の写し
- 欠勤届の写し
- 診断書
- 続柄が確認できる書類（被扶養者でない場合）