

介護休業手当金請求書

| | | |
|-----|---|---|
| 決定額 | * | 円 |
|-----|---|---|

| | | | | | |
|--|--------|-------------|--------|--------------|----|
| 組合員等記号・番号 | | 組合員名前 | | 所属機関 | |
| | | | | 名称 | |
| | | | | 所在地 | |
| 介護を必要とする者 | 名前 | | | | 続柄 |
| | 住所 | | | | |
| 介護休業の初日 | 年 月 日 | 変更後の介護休業の初日 | 年 月 日 | 介護休業手当金の請求期間 | |
| | | | | 年 月 日から | |
| 介護休業の末日 | 年 月 日 | 変更後の介護休業の末日 | 年 月 日 | 年 月 日まで | |
| 各月休業日数及び請求額 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | |
| | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 標準報酬の等級及び月額 | | 調整額 | | 請求額合計 | |
| 等級 円 | | * | | 円 | |
| 給付日額 | * 円 | 支給日数 | * 日 | | |
| <p>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</p> <p style="text-align: center;">請求者 名 前</p> | | | | | |
| <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職 名 所属所長 名 前</p> | | | | | |

| | | | | | |
|---------|------------------|------|-----|-----|---|
| 共済組合受付印 | 上記のとおり決定してよろしいか。 | | | | |
| | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 主 務 | 係 |
| | | | | | |

- (注) 1. 組合員等の記号・番号欄には、組合員等記号・番号又は個人番号を記入してください。
2. 介護休業に関する所属機関の長の証明書、報酬支給額証明書、出勤簿の写しを添付のうえ、組合に提出してください。
3. 介護休業の期間に変更があった時は、変更の期間を記入し、期間の変更に関する所属機関の長の証明書を添付してください。
4. *印欄は記入しないでください。

(この請求書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)