

< 家族の病気の看護で介護休業を取得した場合 >

様式第10号の3

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		
△△△△-△△△△		共 済 太 郎		名 称	〇 〇 市	
				所在地	〇〇市〇〇町	
介護を必要とする者	名 前	共 済 次 郎		続 柄	父	
	住 所	〇〇市〇〇町△-△-△				
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		
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 △日から △△△△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		
	円	円	円	円		
標準報酬の等級及び月額		調整額		請求額合計		
15 等級 180,000 円		*		円		
給付日額	*	円	支給日数	*	日	
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 太 郎						
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 職 名 〇 〇 市 長 所属所長 名 前 〇 〇 〇 〇						

<添付書類>

- 介護休業の内容が分かる書類（介護休暇の請求・承諾書の写し又は辞令の写し等）
- 報酬支給額証明書及び出勤簿の写し