

## 介護休業手当金請求書

組合員等		組合員氏名		所属所	名称		
記号	番号				所在地		
下記介護休業に係る雇用保険法による介護休業給付金の請求権の有無(注)					有 ・ 無		
介護を必要とする者	氏名				続柄		
	住所						
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		年	月	日まで
変更後の介護休業の初日	年	月	日	変更後の介護休業手当金の請求期間	年	月	日から
変更後の介護休業の末日	年	月	日		年	月	日まで
標準報酬月額		請求期間中の報酬の一部支給額			請求金額		
第 級		別紙報酬支給額等証明書のとおり			円		
各月休業日数及び請求額	月分	月分	月分	月分	円	円	円
	日	日	日	日	円	円	円
上記のとおり請求します。 山口県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 住所 請求者 氏名							
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 所属所長 氏名							

(注) 本手当金の請求者が本介護休業について雇用保険法による介護休業給付金の受給権がある場合、本手当金は支給しません。

- 介護休業に関する所属所長の証明書(介護休暇承認書の写し等)及び報酬支給額等証明書を添付してください。
- 介護休業手当金の請求をしている休業期間に変更があったときは、変更の期間を記入し、期間の変更に関する所属所長の証明書を添付してください。
- 組合員等記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

※共済組合使用欄	受付印	左のとおり決定してよろしいか		給種	枝番	年月	日数	決定額
		課長	担当	260	0			
					1			
					2			
			3					