介護休業手当金（変更）請求書 （　　年　　月分）

① 組合員証記号番号	② 組合員氏名	③ 所属所名
－		

④ 介護を必要とする者の氏名・住所	⑤ 組合員との続柄
氏名:　　住所:	

⑥ 請求月の標準報酬の月額		等級　　円
通常の請求の場合	⑦ 介護休業期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
休業期間変更の場合	⑧ 変更前の介護休業期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
	⑨ 変更後の介護休業期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
請求期間	⑩ 介護休業手当金の請求期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日

上記のとおり請求します。

福井県市町村職員共済組合理事長 様

令和　　年　　月　　日

請求者氏名　　㊞

（自署の場合、押印は不要です。）

介護休業の取得に関する状況

＊　請求者の週休日の状況（いずれかにチェックをつけてください。）

□　日曜日及び土曜日　　□　日曜日及び土曜日以外（　　曜日及び　　曜日）

＊　給与条例等に規定する勤務時間１時間当たりの給与額の求め方（いずれかにチェックをつけてください。）

□　年末年始、祝祭日等を含む　　□　年末年始、祝祭日等を含まない（週休日を除く祝祭日等年間　　日）

＊　介護休業取得日

（　　日間）

（介護休業した日に○をつけてください。）

曜日	年　月				
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

＊　報酬の支払い状況（　　年　　月分）

種別	本来支給額	支給実績	種別	本来支給額	支給実績
給料	円	円	手当	円	円
手当	円	円	手当	円	円
手当	円	円	手当	円	円

１時間あたりの給与額　　円

算定方法　（給料　＋　地域手当　＋　手当）×12月 ／ 7.75時間 × 5日 × 52週 － 7.75時間 × 日

給料減額対象時間　　時間

請求者の週休日の状況、介護休業取得日及び　　年　月　日から　年　月　日まで勤務に服さなかった期間に対しての報酬の支払い状況は上記のとおりです。

なお、請求者は雇用保険に加入しておりません。

給与事務担当者　氏名　　㊞

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

所属所長　職　名

　　氏　名　　印

受　付

(1) 介護休業手当金は、生活保障のためのものですから、**原則として1か月ごとに**請求してください。

(2) 初回請求時及び介護休業期間が変更された場合には、**「介護休暇承認（変更）申請書及び承認書（決裁）の写」**を添付してください。