介護休業手当金請求書　（令和　　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 及び 住所		⑤ 組合員との続柄
氏名：　　住所：		
⑥ 請求月の標準報酬の 等級 及び 月額	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
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　　㊞

（自署の場合は、押印不要です。）

介護休業の取得に関する状況

（所属所の給与事務担当者が記入してください。）

請求者の週休日の状況（いずれかに ☑ 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算定方法（いずれかに ☑ 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　）

（介護休業取得日に〇をつけてください。）

曜日	令和　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（令和　　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	住居手当	円	円
地域手当	円	円	手当	円	円
扶養手当	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

請求者の介護休業の取得に関する状況は上記のとおりです。

なお、同一の介護休業について、請求者が雇用保険法の規定による介護休業給付の支給を受けることができないことを確認しました。

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