

# ⑩ 介護休業手当金請求書

| (表)                                                                                                              |          |                         |      | 決定額          | ※ | 円 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------|------|--------------|---|---|
| 組合員証<br>記号番号                                                                                                     | 地・奈良     | 組合員<br>氏 名              |      | 所属名<br>(コード) |   |   |
| 組合員の介護を<br>必要とする者                                                                                                |          | 住 所                     |      |              |   |   |
|                                                                                                                  |          | 氏 名                     |      | 組合員との続柄      |   |   |
| 介護休業の初日及び末日                                                                                                      |          | 年 月 日 から 年 月 日まで        |      |              |   |   |
| 請 求 期 間<br>及び介護休暇により<br>勤務しなかった日数                                                                                |          | 年 月 日 から 年 月 日まで<br>日 間 |      |              |   |   |
| 標準報酬<br>等級月額                                                                                                     | 等級<br>月額 | 級<br>円                  | 請求金額 | 円            |   |   |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p>地方職員共済組合奈良県支部長 殿</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>請 求 者 _____</p> <p>氏 名 _____ 印</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>年 月 日</p> <p>所属受付印</p> <p>職 名 _____</p> <p>所属所長 _____</p> <p>氏 名 _____ 公印</p> |          |                         |      |              |   |   |

- 裏面に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けてください。
- ※印欄は記入しないでください。

(裏)

年 月 日から 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、  
次の金額の給料を支払ったことを証明する。

年 月 日 } 間 割 円

年 月 日

年 月 日 } 間 割 円

年 月 日

年 月 日 } 間 割 円

年 月 日

年 月 日

所属機関の長 職 名 \_\_\_\_\_ 公印

給与事務担当者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※

標準報酬月額 給付日額  
\_\_\_\_\_ × 1/22 = \_\_\_\_\_ 円

給付日額 支給日数 給付額  
\_\_\_\_\_ 円 × 67/100 × \_\_\_\_ 日 = \_\_\_\_\_ 円

給付額 控除額 給付決定額  
\_\_\_\_\_ 円 - \_\_\_\_\_ 円 = \_\_\_\_\_ 円

※今回支給日数（該当日に○をする）

| 曜日 | 月分 |     |     |     |     |
|----|----|-----|-----|-----|-----|
|    | 1  | 8   | 1 5 | 2 2 | 2 9 |
|    | 2  | 9   | 1 6 | 2 3 | 3 0 |
|    | 3  | 1 0 | 1 7 | 2 4 | 3 1 |
|    | 4  | 1 1 | 1 8 | 2 5 |     |
|    | 5  | 1 2 | 1 9 | 2 6 |     |
|    | 6  | 1 3 | 2 0 | 2 7 |     |
|    | 7  | 1 4 | 2 1 | 2 8 |     |

※ 支 給 開 始 日

※ 前 回 支 給 分

※ 今 回 支 給 分

年 月 日 分 から

年 月 日 分 まで

年 月 日 分 まで

【介護休業手当金】

添 付 書 類

1. 介護休暇簿の写し  
(第6号様式の3(第7条関係))

※ 職員互助会の「介護休暇手当金」も併せて請求してください。