

介護休業手当金請求書

種別	登録番号
45	

所属所名			要介護家族	氏名																												
組合員氏名				続柄	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居																										
組合員証番号				住所																												
過去の介護休暇取得歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※本請求にかかる要介護家族につき取得歴がある場合は支給要件をご確認ください。		雇用保険の加入の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、雇用保険法が優先されます。有の場合は雇用保険からの不支給理由 []																												
介護休暇承認期間	年 月 日から		年 月 日まで																													
請求対象日 (日付に○をしてください)	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
給料	給料表() 級 号給		円	標準報酬月額	第 級		円																									
請求日数	日	請求金額	円	支給日数	日	支給金額	円																									
添付書類	<input type="checkbox"/> 介護休暇承認書兼処理簿の写し <input type="checkbox"/> 出勤簿の写し(請求対象月のもの) <input type="checkbox"/> 給与減額整理簿の写し <input type="checkbox"/> 報酬支給額証明書(請求対象月に支払われる報酬について) <input type="checkbox"/> 住民票の写し(同居を必須要件とする要介護家族の場合。例:子の配偶者など)																															
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>東京都職員共済組合理事長 殿 庁</p> <p>年 月 日 住所</p> <p>請求者 氏名 ㊟</p> <p>*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。</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>職名</p> <p>所属所長</p> <p>氏名 ㊟</p> <p>担当者 電話番号</p>					<p>共済組合受付印</p>																											

●太線枠内を記入してください

共済組合 決定欄 課長
課長代理
担当

[注意事項]

- 各月ごとに請求してください。
- 記入漏れ・誤りがある場合は、補正のため書類を返戻します。支給が遅れることがありますのでご注意ください。
- 要介護家族の住所が別居の場合は、必ず記入してください。
- 雇用保険に加入している場合は「有」にレ点を入れてください。「有」の場合は、雇用保険からの不支給理由を記入してください。

記入例

介護休暇承認期間初日から引き続き6か月の期間を記入してください。承認期間が更新された場合は、介護休暇承認期間初日から更新期間の末日までの期間を記入してください。

介護休業手当金請求書

委任先ごとの所属所名を記入してください。

所属所名	〇〇局□□部		氏名	北 史郎	
職員氏名	東京子		続柄	父	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居
職員証番号	0 1 2 3 4 5 6 7	家族	住所	埼玉県さいたま市 △△区〇〇	
介護休暇取得歴	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <small>※請求にかかる要介護家族につき取得歴がある場合は支給要件をご確認ください。</small>		雇用保険の加入の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>※有の場合、雇用保険法が優先されます。有の場合は雇用保険からの不支給理由 [加入期間が12か月未満のため]</small>	
介護休暇承認期間	〇〇年 3月 1日から		〇〇年 8月 31日まで		
対象日(付に○をください)	〇〇年 3月		1 ② ③ ④ 5 6 ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ 12 13 ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ 20 21 ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟		
給料表(行一)	1級 46号給		標準報酬月額	215,300円	
請求日数	14日	請求金額	153,454円	支給日数	67日
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 介護休暇承認書 <input checked="" type="checkbox"/> 出勤簿の写し <input checked="" type="checkbox"/> 給与減額整理簿 <input checked="" type="checkbox"/> 報酬支給額証明書 <input type="checkbox"/> 住民票の写し(同居を必須要件とする要介護家族の場合。例：兄弟姉妹、祖父母、孫)		請求金額 = 標準報酬日額 × 67 / 100 × 請求日数 (円未満切捨) 標準報酬日額 = 標準報酬月額 / 22 (10円未満四捨五入)		
添付書類を確認してください。	実際の署名年月日を記入してください。		3月2日から3月22日まで介護休暇(全日)を取得したケースです。週休日は含まれません。		
請求者	京都職員共済組合理事長 殿		住所	〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-1-1	
請求者氏名	東京子		氏名	東京子 (共済印)	
記載事項は、事実と相違ない	年月日		共済組合受付印		
担当者記入欄	職名 〇〇局□□部長		課長代理		
	所属所長 氏名 西新宿 清太 公印		担当		
	担当者 戸山 恵美子 連絡先 03-1234-5678				

●太線枠内を記入してください

[注意事項]

- 各月ごとに請求してください。
- 記入漏れ・誤りがある場合は、補正のため書類を返します。支給が遅れることがありますのでご注意ください。
- 要介護家族の住所が別居の場合は、必ず記入してください。
- 雇用保険に加入している場合は「有」にレ点を入れてください。「有」の場合は、雇用保険からの不支給理由を記入してください。