

# 休業手当金請求書

給付種別	230																	
組合員証記号番号	111	—	123	フリガナ	キヨサイ タロウ		所属所名	〇〇市										
組合員氏名				組合員氏名	共済 太郎													
組合員生年月日	昭和	〇〇	年	1	月	2	日	短期標準報酬月額	第 20 級	340,000	円	※支給日数		日				
請求期間	平成	〇〇	年	4	月	9	日	から	平成	〇〇	年	4	月	30	日	まで	16	日間
勤務できなかった期間	平成 〇〇 年 4 月 9 日 から 平成 〇〇 年 4 月 30 日 まで																	
休業手当金請求金額	204,460						円	※決定金額	具体的に記入してください。			円						
勤務できなかった理由	被扶養者である妻花子が平成〇〇年3月より脳梗塞を発病し、現在も療養中であり、その看病及び通院補助のため欠勤した。																	
根拠規定	地方公務員等共済組合法第70条第 1 号に該当することを証明する。 平成 〇〇 年 5 月 〇 日 証明者 〇〇市長 〇〇〇〇																	
上記のとおり	<p>第1号 被扶養者の病気又は負傷</p> <p>第2号 組合員の配偶者の出産</p> <p>第3号 組合員又は被扶養者の不慮の災害</p> <p>第4号 組合員の婚姻、配偶者の死亡等</p> <p>第5号 被扶養者以外の者の病気又は負傷</p>																	
青森県市町村職員共済組合理事長 様																		
平成 〇〇 年 5 月 10 日																		
請求者 住 所 〇〇市××1-2-3																		
氏 名 共 済 太 郎																		
印																		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。																		
平成 〇〇 年 5 月 11 日																		
所属所長 職 名 〇〇市長																		
氏 名 〇〇〇〇																		
印																		

(注) 1 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。  
 なお、報酬の支払いがある場合は、報酬支給額証明書を添付してください。  
 2 ※欄は、記入しないでください。

(裏面)

平成〇〇年4月9日から平成〇〇年4月30日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

平成〇〇年4月1日 } 間 割 135,540円  
平成〇〇年4月30日 }

平成 年 月 日 } 間

平成 年 月 日 } 間  
月の途中から休業している場合でも、その月に報酬を支給している場合はその月の支給額を記載してください。  
また、休日等により報酬の一部を支給した際も記載してください。  
なお、支払いがない場合は、0円と記入してください。

報酬の支払いがある場合は、「報酬支給額証明書」も提出してください。

今回支給日数  
(該当日に○印を付してください。)

平成〇〇年4月分

月曜日	1	8	15	22	29
火	2	9	16	23	30
水	3	10	17	24	31
木	4	11	18	25	
金	5	12	19	26	
土	6	13	20	27	
日	7	14	21	28	

上記のとおり証明します。

平成〇〇年5月11日

所属所長又は 職名 〇〇  
給与事務担当者 氏名 〇〇〇〇

印

※共済組合使用欄

※報酬との調整

(1) 標準報酬月額 支給率 給付日額  
円 × 1/22 × 50/100 = 円・・・(A)  
標準報酬月額(10円未満四捨五入) (1円未満四捨五入)

(2) (A) 支給対象日数 支給額  
円 × 日 = 円・・・(B)

(3) (B) 控除額 支給決定額  
円 - 円 = 円

支給開始日	前回支給分	今回支給分
平成 年 月 日分	平成 年 月 日分	平成 年 月 日分