

介護休業手当金請求書

給付種別	260				
組合員証記号番号	—	所属所名			
フリガナ		男・女	短期標準報酬月額	第 級	円
組合員氏名					
組合員の介護を必要とする者	住所 氏名 続柄 ()				
休業の初日	平成 年 月 日	休業の末日	平成 年 月 日		
請求期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで				
介護休業手当金請求金額	円	※ 決定金額	円		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">青森県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 氏名 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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名 氏名 氏名 印</p>					

- (注)1 裏面に所属所長の証明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 介護休暇を証明できる書類（辞令の写し、出勤簿の写し等）を添付してください。
- 3 公益法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律第2条第1項による派遣職員の方は、次の点に留意してください。
- ①組合員証記号番号の記載は不要ですが、「所属所名」欄は派遣先団体の名称を記入してください。
 - ②「短期標準報酬月額」は、組合の運営規則で定める仮定標準報酬月額を記入します。
 - ③請求金額は、「組合の運営規則で定める仮定標準報酬月額」から算出します。
 - ④裏面の「所属所長又は給与事務担当者の証明」欄は、派遣先団体の長又は給与事務担当者の証明となります。
- 4 ※欄は、記入しないでください。

(裏面)

平成 年 月 日 から 平成 年 月 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 年 月 日	} 間	円
平成 年 月 日		
平成 年 月 日	} 間	円
平成 年 月 日		
平成 年 月 日	} 間	円
平成 年 月 日		

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

所 属 所 長 又 は 職 名
給 与 事 務 担 当 者 氏 名

印

【介護休業手当金計算書】

1 標準報酬日額 (短期標準報酬月額×1/22)
円 × 1/22 = 円 … (A)
(10円未満四捨五入)

2 介護休業手当金 (給付日額)
円 … (B)
※
※B1又はB2のどちらか低い額

・標準報酬日額 (A) × 給付率
円 × 67/100 = 円 … (B1)
(円未満切り捨て)

・給付上限相当額 (毎年8月見直し)
雇用保険法第17条第4項第2号ロに定める額に相当する額 (当該額が同法第18条の規定により
変更された場合には、当該変更された後の額) × 30 × 給付率 × 1/22

16,410 円 × 30 × 67/100 × 1/22 = 14,992 円 … (B2)
(注)平成29年8月1日～ (円未満切り捨て)

3 介護休業手当金支給額 (請求金額)
給付日額 (B) × 支給対象日数(C) - 控除額(D) = 請求金額
円 × 日 - 円 = 円

区 分	給付日額(B)	支給対象日数(C)	控除額(D)	支給(請求)額	備 考
年 月分	円	日	円	円	
年 月分	円	日	円	円	
年 月分	円	日	円	円	
年 月分	円	日	円	円	
年 月分	円	日	円	円	
合 計		日	円	円	

※共済組合使用欄

支 給 開 始 日	今 回 支 給 分
平成 年 月 日 から	平成 年 月 日まで