

介護休業手当金請求書

照 合	係

決 定 額 ※ 円

組合員証 記号番号		組合員 氏 名		所 属 機関名	
組合員の 介護を必 要とする 者	氏名 及び 続柄	続 柄 ()		標準報酬 の等級 及び月額	第 級 円
	住 所			介護休業 手当金の 請求期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
介護休業の初日	平成 年 月 日			請求金額	円
介護休業の末日	平成 年 月 日				
各月休業 日数及び 請 求 額	月分	月分	月分	月分	
	日 円	日 円	日 円	日 円	日 円

上記のとおり請求いたします。

愛知県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

住 所
請求者 氏 名

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 年 月 日

職 名
所属所長 氏 名

印

※ 印欄は記入しないでください。

※ 請求は1回ごとに行っても、全期間まとめて行ってもかまいません。

介護休業手当金計算書

1 標準報酬の日額 標準報酬の月額×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)

標準報酬の日額 (A) × 給付率 (67/100)

_____円×67/100=_____円 (B 1)

(円未満切捨て)

給付上限相当額

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) ×30×67/100×1/22

_____円×30×67/100×1/22=_____円 (B 2)

(円未満切捨て)

3 介護休業手当金計算 (B 1 < B 2 の場合 B = B 1、B 1 ≥ B 2 の場合 B = B 2)

平成 年 月分 (B) × ___日 = _____円

平成 年 月分 (B) × ___日 = _____円

平成 年 月分 (B) × ___日 = _____円

平成 年 月分 (B) × ___日 = _____円

給付日数 ___日

※ 介護休業手当金給付額計算

(給付額) (控除額) (給付決定額)

_____円 - _____円 = _____円

支給開始日	平成 年 月 日	支給終了日	平成 年 月 日
給付日数	日	給付日額	円

(摘要欄)

※印欄は記入しないでください。