

承認された介護休業の期間を記入してください。

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	〇〇〇-〇〇〇	組合員 氏 名	共 濟 太 郎	所 属 機関名	〇〇市役所
組合員の 介護を必 要とする 者	氏名 及び 続柄	共 濟 一 郎 続 柄 (〇)		標 準 報 酬 の 等 級 及 び 月 額	第〇〇級〇〇〇, 〇〇〇円
	住 所	〇〇市〇〇町〇〇		介 護 休 業 手 当 金 の 請 求 期 間	平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで
介護休業の初日	平成〇〇年〇〇月〇〇日			請 求 金 額	〇〇〇, 〇〇〇 円
介護休業の末日	平成〇〇年〇〇月〇〇日				
各月休業 日数及び 請 求 額	〇 月分	〇 月分	月分	月分	
	〇〇 日 〇〇〇, 〇〇〇 円	〇〇 日 〇〇〇, 〇〇〇 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

平成〇〇年〇〇月〇〇日

請 求 者 住 所 〇〇市〇〇町〇〇
氏 名 共 濟 太 郎



今回請求する期間を記入し、介護休業の末日又は介護休業の日数を通算して66日までのいずれか早い方を記入してください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

職 名 〇〇市長
所属所長
氏 名 〇 〇 〇 〇



※ 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。