

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 済 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 済 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 | 令 和 〇〇年〇〇月〇〇日から 令 和 〇〇年〇〇月〇〇日まで |
| 介 護 休 業 の 初 日 | 令 和 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 | 令 和 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 | |
| | 〇〇〇, 〇〇〇 円 | 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

令和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 済 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。

令和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。

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 (B1)
(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 (B2)
(円未満切捨て)

3 介護休業手当金計算 (B1 < B2 の場合 B = B1、B1 ≥ B2 の場合 B = B2)

令和 年 月分 (B) × ___日 = _____円

令和 年 月分 (B) × ___日 = _____円

令和 年 月分 (B) × ___日 = _____円

令和 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 | 令和 年 月 日 | 支給終了日 | 令和 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。