

介護休業手当金請求書

照 合	係

決 定 額	※ 円
-------	-----

組 合 員 氏 名		記号 番号	—	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	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで
介 護 休 業 の 初 日	令 和 年 月 日			請 求 金 額	円
介 護 休 業 の 末 日	令 和 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

上記のとおり請求します。

愛知県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

住 所
請求者
氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

職 名
所属所長
氏 名

※ 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

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。