

介護休業手当金請求書

照合

係

承認された介護休業の期間を記入してください。

決定額 ※ 円

組合員氏名	共済 太郎		記号番号	〇〇〇 — 〇〇〇〇	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 (長男)		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 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

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇市〇〇町〇〇
請求者 氏名 共済 太郎

今回請求する期間を記入してください。
請求できる期間の末日は、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、いずれか早い方の日となります。

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。

※ 介護休業手当金請求書と一緒に提出してください。

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

____ 〇〇〇, 〇〇〇 円×1/22=____ 〇〇, 〇〇〇 円 (A)
(10円未満四捨五入)

標準報酬の日額から算出したB1と給付上限相当額B2を比較し、小さい方の額を記入してください。

2 介護休業手当金（給付日額） ____ 〇〇, 〇〇〇 円 (B)

標準報酬の日額 (A) ×給付率 (67/100)

____ 〇〇〇, 〇〇〇 円×67/100=____ 〇〇, 〇〇〇 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

____ 〇〇, 〇〇〇 円×30×67/100×1/22=____ 〇〇, 〇〇〇 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)

令和〇〇年〇〇月分 (B) × 〇〇 日 = 〇〇〇, 〇〇〇 円

令和〇〇年〇〇月分 (B) × 〇〇 日 = 〇〇〇, 〇〇〇 円

令和 年 月分 (B) × ____ 日 = _____ 円

令和 年 月分 (B) × ____ 日 = _____ 円

給付日数 〇〇 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。