



介護休業手当金請求書

※ 決定額 円

組合員証	記号	〇〇〇	組合員氏名	〇〇 〇〇	所属機関	名称	〇〇〇〇
	番号	〇〇〇				所在地	〇〇〇〇

介護休業の期間	初日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	介護休業手当金請求期間	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日から
	末日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		平成 〇〇 年 〇 月 〇 日まで

組合員の介護を必要とする者	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇	続柄	住所	同居・別居	〇〇市〇町〇-〇〇
	氏名	〇〇〇 〇〇〇	〇			

請求期間に対する報酬の支給の有無 (いずれかに○をしてください)	有	(別添、報酬支給額証明書のとおり)	
	無	所属機関の長又は給与事務担当者	印
	職名	〇〇	
	氏名	〇〇 〇〇	

標準報酬月額 (短期)	〇 等級	円	請求金額	〇〇〇,〇〇〇 円
	〇〇〇,〇〇〇			

各月休業日数及び請求金額	月分	月分	月分	月分
	〇〇 日	日	日	日
	〇〇〇,〇〇〇 円	円	円	円

上記のとおり請求します。

鳥取県市町村職員共済組合理事長 様

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日

請求者 住所 〇〇市〇町〇-〇〇

氏名 〇〇 〇〇 印

請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。

- 介護休業に関する所属機関の長の証明書（介護休業承認書の写等）及び条例の写しを添付して提出してください。
* 初回請求時のみ。ただし、介護休業の期間に変更があった場合は、変更後の証明書を添付してください。
- 出勤簿の写を添付して提出してください。
- 休業中の報酬支給「有」の場合、報酬支給額証明書を添付してください。
- ※印欄は記入しないでください。

※ 決 裁	平成 年 月 日	事務局長	事務局次長	課 長	合 議	主 査