



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 | | | 住所 | 同居・別居 | | 所在地 | 〇〇〇〇 | |
| 介護休業の期間 | 初日 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | 介護休業手当金請求期間 | 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日から | | | | |
| | 末日 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | | 令和 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 | 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 | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 令和 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 | | | | | | 事務局長 | 事務局次長 | 課 長 | 合 議 | 主 査 |
|-------|----------|--|--|--|--|------|-------|-----|-----|-----|
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |