

# 休業手当金請求書



				※ 決 定 額	円		
組 合 員 証	記号	〇〇	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇	所 属 機 関	名称	〇〇〇
	番号	〇〇	組合員氏名	〇〇〇 〇〇〇		所在地	〇〇〇
勤務できなかった期	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日から			勤務できなかった理由	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日まで						
請 求 期 間	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日から			標準報酬月額(短期)	〇 等級	請求金額	〇〇,〇〇〇 円
	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日まで						
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 職 名 〇〇 氏 名 〇〇 〇〇					
根 拠 規 定	地方公務員等共済組合法第70条第 号に該当することを証明する。 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 職 名 〇〇 証明者 (所属所長) 氏 名 〇〇 〇〇						
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 〇〇〇 〇〇〇 氏 名 〇〇 〇〇							

- 1 報酬の支給の有無欄は、所属機関の長または給与事務担当者の証明を受けてください。
- 2 ※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

※ 報 酬 日 額 の 算 定	期間	令和 年 月 日から 日 日 日 日まで	令和 年 月 日から 日 日 日 日まで	令和 年 月 日から 日 日 日 日まで							
	上記期間の支給対象日数	日	日	日							
	報酬日額	報酬①(月額)	報酬①(月額) / 支給対象日数 円	報酬①(月額) / 支給対象日数 円	報酬①(月額) / 支給対象日数 円						
		報酬②(月額)	報酬②(月額) × 支給割合 / 22 円	報酬②(月額) × 支給割合 / 22 円	報酬②(月額) × 支給割合 / 22 円						
		合計	円	円	円						
※報酬①(日々の勤務に対して支給される給与)、報酬②日々の勤務とは関係なく、一定の支給要件を満たせば定額が支給される給与											
※ 標準報酬月額		標準報酬日額 (10円未満四捨五入)		今回支給日数 (該当日数に○印を付する。)							
円 × 1/22		= 円		月 分							
標準報酬日額		給付日額 (円未満四捨五入)		曜日	1	8	15	22	29		
円 × 50/100		= 円		曜日	2	9	16	23	30		
支給決定額	支給日数	給付額		曜日	3	10	17	24	31		
円 ×	日	= 円		曜日	4	11	18	25			
給付額	控除額	給付決定額		曜日	5	12	19	26			
円 -	円	= 円		曜日	6	13	20	27			
				曜日	7	14	21	28			
※ 支給開始日			※ 前回支給分			※ 今回支給分					
令和 年 月 日 から			令和 年 月 日 まで			令和 年 月 日 まで					