



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 (いずれかに〇をしてください)	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					
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	〇〇 日	月分	月分	月分	日	
	〇〇〇,〇〇〇 円	円	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	事務局長	事務局次長	課 長	合 議	主 査
平成 年 月 日					