課長	保　　健	係

介護休業手当金請求書

支給決定伺							
決定額							円

組合員証記号番号又は個人番号※	１２３　－　４５６７ 1 必須ではありません 2	組合員氏名	共済　太郎	所属機関名	○○市役所

組合員の介護を必要とする者	住所	○○市○○町４－５－６	氏名	共済　一郎	続柄	父	
介護休業の初日	令和○○年○○月　○日		請求期間	令和○○年○○月　○日から 令和○○年○○月○○日まで			
介護休業の末日	令和○○年○○月　○日						

各月の休業日数及び請求額	○○月分				○○日			○○月分				○○日			月分						日			
		○	○	○	○	○	○	円	○	○	○	○	○	○	円									円
標準報酬の等級及び月額	第○○級							円	請求金額															円
		○	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○								

上記のとおり請求します。

栃木県市町村職員共済組合理事長　様

令和○○年　４月　１日

住所　○○市○○町４－５－６

請求者

氏名　共　済　太　郎　　㊞

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和○○年　４月　１日

職名　○　○　市　長

所属所長

氏名　○　○　○　○　　印

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

添付書類

1　介護休業の承認された期間が確認できる書類を添付してください。

2　勤務しなかった期間に支払われた報酬についての所属所長又は給与事務担当者の証明した「報酬支給額証明書」を添付してください。

曜日	○○月分（　○○日）				
日	1	8	15	22	29
月	2	9	16	23	30
火	3	10	17	24	31
水	4	11	18	25	
木	5	12	19	26	
金	6	13	20	27	
土	7	14	21	28	

曜日	○○月分（　○○日）				
日	1	8	15	22	29
月	2	9	16	23	30
火	3	10	17	24	31
水	4	11	18	25	
木	5	12	19	26	
金	6	13	20	27	
土	7	14	21	28	

曜日	月分（　日）				
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

１．標準報酬日額

標準報酬月額　円　×　１／２２

○○○，○○○　円　×　１／２２　＝　○○，○○○　円　（A）

（10円未満四捨五入）

２．介護休業手当金（日額）　○，○○○　円　（B）

標準報酬日額（A）×　給付（６７／１００）

○○，○○○　円　×　６７／１００　＝　○，○○○　円　（B１）

（円未満切捨て）

給料上限相当額

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

○○，○○○　円　×　３０　×　６７／１００　×　１／２２　＝　○，○○○　円　（B２）

（円未満切捨て）

8月に改定されます。

◎Ｂ１＜Ｂ２の場合　・・・　Ｂ　＝　Ｂ１

◎Ｂ１≧Ｂ２の場合　・・・　Ｂ　＝　Ｂ２

３．介護休業手当金支給額

給付日額（Ｂ）×　日数　－　休業中一部支給額

○，○○○　円　×　○○　日　－　○，○○○　円　＝　○○，○○○　円