

介護休業手当金請求書

組合員証		組合員氏名		所属所	名称	〇〇市
記号	番号	共済 太郎			所在地	〇〇市〇〇町△-△
△△△	△△△					
下記介護休業に係る雇用保険法による介護休業給付金の請求権の有無 ※1					有 ・ 無	
介護を必要とする者	氏名	共済 花子			続柄	母
	住所	〇〇市〇〇 △-△				
介護休業の初日	平成 30 年 4 月 1 日	介護休業手当金の請求期間	平成 30 年 4 月 1 日から			
介護休業の末日	平成 30 年 4 月 30 日		平成 30 年 4 月 30 日まで			
変更後の介護休業の初日	年 月 日	変更後の介護休業手当金の請求期間	年 月 日から			
変更後の介護休業の末日	年 月 日		年 月 日まで			
標準報酬月額		請求期間中の報酬の一部支給額			請求金額	
第 18 級 300,000 円		0 円			191,898 円	
各月休業日数及び請求額	4 月分	月分	月分	月分	月分	月分
	21 日 191,898 円	日 円	日 円	日 円	日 円	日 円
上記のとおり請求します。 山口県市町村職員共済組合理事長 様 平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日 〒 △△△-△△△△ 住所 〇〇市〇〇 △-△ 請求者 共済 太郎 所属所により記入、証明してください。						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇 〇〇						

※1 本手当金の請求者が本介護休業について雇用保険法による介護休業給付金の受給権がある場合、本手当金は支給しません。

- 介護休業に関する所属所長の証明書（介護休暇承認書の写し等）を添付してください。
- 介護休業手当金の請求をしている休業期間に変更があったときは、変更の期間を記入し、期間の変更に関する所属所長の証明書を添付してください。
- 組合員証の記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

下記のとおり決定してよろしいか。				
局長	課長	課長補佐	係長	係
※2 決定額				円

※2 本欄は、記入の必要はありません。

共済組合受付印

今回休業日数(該当日に○印を付す。)																											
4 月分						月分						月分						月分									
日	曜日	1	8	15	22	29	日	曜日	1	8	15	22	29	日	曜日	1	8	15	22	29	日	曜日	1	8	15	22	29
月		②	⑨	⑬	⑳	㉓			2	9	16	23	30			2	9	16	23	30			2	9	16	23	30
火		③	⑩	⑭	㉑	31			3	10	17	24	31			3	10	17	24	31			3	10	17	24	31
水		④	⑪	⑮	㉒				4	11	18	25				4	11	18	25				4	11	18	25	
木		⑤	⑫	⑯	㉔				5	12	19	26				5	12	19	26				5	12	19	26	
金		⑥	⑬	⑰	㉕				6	13	20	27				6	13	20	27				6	13	20	27	
土		7	14	21	28				7	14	21	28				7	14	21	28				7	14	21	28	

〈介護休業手当金計算書〉 ～請求額の算定にご利用ください～

1. 標準報酬日額

(標準報酬月額)

(標準報酬日額)

300,000 円 × 1/22 = 13,640 円(10円未満四捨五入)

2. 給付日額

(標準報酬日額)

(給付日額)

13,640 円 × 67/100 = 9,138 円(円未満切捨て)

* 給付上限相当額

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

16,410 円 × 30 × 67/100 × 1/22 = 14,992 円(円未満切捨て)

毎年8月に金額の改定があり、共済組合からお知らせします。

3. 給付額

			(給付日額)	(給付日数)	(給付額)	枝番
平成	30	年	4 月分	<u>9,138</u> 円 × <u>21</u> 日 =	<u>191,898</u> 円	
		年	月分	_____ 円 × _____ 日 =	_____ 円	
		年	月分	_____ 円 × _____ 日 =	_____ 円	
		年	月分	_____ 円 × _____ 日 =	_____ 円	
				(総給付日数)	(総給付額)	
				<u>21</u> 日	<u>191,898</u> 円	

4. 給付決定額計算

(総給付額)

(控除額)

(給付決定額)

191,898 円 - 0 円 = 191,898 円

支給開始日 ※2	年	月	日	支給終了日 ※2	年	月	日
前回支給分 ※2	年	月	日	今回支給分 ※2	年	月	日

※2 本欄は、記入の必要はありません。

(注) 「報酬」とは、組合員が自己の労務の対償として受け取る給料(基本給)、諸手当等の全てです。ただし、期末・勤勉手当等及び実費弁償的なものである出張旅費・災害派遣手当は除き、地方公共団体の給与条例等において給与として規定されている現物給与(通勤手当に相当するものとして支給される定期券等)を含みます。

【記入例】

報酬支給額証明書

【前提】土日が週休日の組合員
平成28年3,4月（要勤務日数23日（祝日1日含む）
3月15日まで出勤（10割支給）
3月16日から介護休暇

組合員氏名	共済 太郎	組合員証記号番号	1 2 3 - 4 5 6
-------	-------	----------	---------------

期 間		平成 28 年 3 月 16 日から 31 日まで		平成 年 月 日から 日まで		平成 年 月 日から 日まで	
上 記 期 間 の 支 給 対 象 日 数		12 日		日		日	
給 与 支 給 割 合 (A)		0 割		割		割	
報 酬 ①		報 酬 日 額 算 定 対 象 額 (① * A)	報 酬 日 額 () 日	報 酬 日 額 算 定 対 象 額 (① * A)	報 酬 日 額 () 日	報 酬 日 額 算 定 対 象 額 (① * A)	報 酬 日 額 () 日
種 別	本 来 の 支 給 額						
給料	320,200 円	0 円		円		円	
地域手当	10,191 円	0 円		円		円	
	円	円		円		円	
	円	円		円		円	
小 計							
報 酬 ②		左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報 酬 日 額 算 定 対 象 額 (② * B)	報 酬 日 額 (22) 日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報 酬 日 額 算 定 対 象 額 (② * B)	報 酬 日 額 (22) 日
種 別	本 来 の 支 給 額						
扶養手当	19,500 円	1.0	19,500 円		円	円	
住居手当	27,000 円	1.0	27,000 円		円	円	
寒冷地手当	円		円		円	円	
	円		円		円	円	
	円		円		円	円	
小 計							
報 酬 ③		左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報 酬 日 額 算 定 対 象 額 (③ * C)	報 酬 日 額 () 日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報 酬 日 額 算 定 対 象 額 (③ * C)	報 酬 日 額 () 日
種 別	本 来 の 支 給 額						
通勤手当	5,000 円	0.0	0 円		円	円	
小 計							
合 計 (報 酬 ① + ② + ③)							

平成 28 年 3 月の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。

平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日

所 属 所 長 又 は
給 与 事 務 担 当 者

職 名 ○○○○

氏 名 ○○ ○○

担
当