

介護休業手当金請求書

組合員等		組合員氏名		所属所	名称	〇〇市
記号	番号	共済 太郎			所在地	
△△△	△△△△			〇〇県〇〇市〇〇町△△△△		
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(注)					有	無
介護を必要とする者		氏名	共済 花子		続柄	母
		住所	〇〇県〇〇市〇〇町△△△△			
介護休業の初日	令和 △ 年 4 月 10 日	介護休業手当金の請求期間		令和 △ 年 4 月 10 日から		
介護休業の末日	令和 △ 年 4 月 30 日			令和 △ 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		別紙報酬支給額等証明書のとおり			130,260 円	
300,000 円						
各月休業日数及び請求額	4 月分	月分	月分	月分	月分	
	15 日	日	日	日	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
令和△△年 △ 月 △△ 日

請求者 住所 〇〇市〇〇町△丁目-△△
氏名(自署) 共済 太郎

請求書は、所属所の共済組合事務担当課へ提出してください。
共済組合事務担当課が所属所長の証明を行い、共済組合へ提出します。