介護休業手当金請求書

（ 第　　回 ）

記 入 例

※共済使用欄	課　長	主幹・副主幹	係　員	主　任

介護休業手当金の請求回数を記入してください。

給付種別
2 6 0

※ 決定額								円

所属	組合員氏名		組合員氏名		請求金額	円

組合員証の記号・番号、組合員氏名を記入しください（請求金額欄は記入しなくても構いません）。

組合員の介護を必要とする者	氏　名		続　柄	
	住　所			

介護が必要となった方の氏名、組合員との続柄及び住所を記入しください。

介護休業承認期間	平成　年　月　日　から　平成　年　月　日

介護休業の承認期間（最長3ヶ月）の初日及び末日を記入してください。

請求期間													標準報酬月額	※支給日数
年号	年		月		日			年号	年		月		日		等級　第　号	
平4							から	平4						まで	円	日

請求期間は、暦月単位で記入してください。標準報酬月額を記入してください。

報酬支給額証明欄			
期　間		平成　年　月　日から	
		平成　年　月　日まで	
報酬①		支給実績	
種　別	本来の支給額		
給　料	円		円
地域手当	円		円
	円		円

報酬②		左の手当に対する期間内の支給割合	支給実績
種　別	本来の支給額		
扶養手当	円		円
住居手当	円		円
	円		円
	円		円

合計（報酬①＋報酬②）	円

請求期間の報酬の内訳について記入してください。

※報酬①には、「日々の勤務に対して支給されると考えられるもの」を記入してください。
例）給料月額、地域手当　等

※報酬②には、「日々の勤務とは関係なく支給されると考えられるもの」を記入してください。
例）扶養手当、住居手当、寒冷地手当　等

証明欄が足りない場合は、別途「報酬支給額証明書」を添付してください。

上記のとおり請求します。

神奈川県市町村職員共済組合理事長　様

平成　年　月　日

組合員　住所

氏名　　印

請求年月日と組合員の住所・氏名を記入・押印してください。

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

所属所長　職名

氏名　　印

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合長）の職名・氏名を記入し押印してください。

1．初回の請求時には、当該介護休業について任命権者の承認を受けたことを証明する書類の写しを添付してください。
2．報酬支給額証明欄について、書ききれない場合は別途「報酬支給額証明書」を使用してください。
3．※欄は記入しないでください。