介護休業手当金請求書

第115条の4様式

給種コード	2 6 0	所属機関名	○○市
組合員等記号・番号又は個人番号	記号 5 0 3　番号 1 2 3 4 5 個人番号	組合員氏名	共済　花子
介護休業の初日・末日	初日・令和 △△ 年 4 月 1 日	末日・令和 △△ 年 6 月 30 日	
介護休業手当金の請求期間	令和 △△ 年 4 月 1 日 から	令和 △△ 年 6 月 30 日 まで	
標準報酬	18 級　月額 2 2 0 0 0 0 円	※給付日数	日

組合員の介護を必要とする者

氏名	続柄	住所
共済　一郎	長男	前橋市元総社町３３５番地の８

請求金額	２６０,０００ 円	※決定金額	円

上記のとおり請求します。

群馬県市町村職員共済組合理事長　様

令和△△年 ７ 月 １５ 日

請求者
住所　前橋市元総社町３３５番地の８
氏名　共済　花子

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 ７ 月 １５ 日

所属所長
職名　○○市長
氏名　赤城　一郎

1　組合員等記号・番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。
2　介護休業に関する所属所長の証明書を添付してください。
3　報酬支給額等証明書に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受け添付してください。
4　裏面の支給日数記入欄に介護休暇を取得した日を○印で明記してください。
5　※欄は記入しないでください。

※　計　算　欄	支給日数記入欄

標準報酬の日額
（標準報酬月額）　　（標準報酬の日額）

＿＿＿＿＿＿円 × $\frac{1}{22}$ ＝ ＿＿＿＿＿＿円

（10円未満四捨五入）

給付上限相当額（給付日額の上限）
給　付　額　（雇用保険法の賃金日額上限額）×30 日×67／100÷22 日
（標準報酬の日額）　　（給付日額）

＿＿＿＿＿＿円× $\frac{67}{100}$ ＝ ＿＿＿＿＿＿円

（円未満切捨て）

（給付日額）　（支給日数）　（給 付 額）

＿＿＿＿＿＿円 × ＿＿＿＿＿＿日 ＝ ＿＿＿＿＿＿円

給料支払額との調整
（給 付 額）　（給料支払額）　**給付決定額**

＿＿＿＿＿＿円 － ＿＿＿＿＿＿円 ＝ ＿＿＿＿＿＿円

今回支給対象日数（月単位で該当日に○印を記入）

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	

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	

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	

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	

支給開始日	前回支給分	今回支給分
令和　年　月　日	令和　年　月　日まで	令和　年　月　日まで