

決定 伺	課長	係長	係

## 介護休業手当金請求書

決定額	円
-----	---

組合員記号番号 又は個人番号		組合員氏名 (ふりがな)		所属機関	
組合員 の 介護 を 必 要 と す る 者	氏名 (続柄)	続柄 ( )	標準報酬の月額		円
	住所		請求金額		円
介護休業の初日		令和 年 月 日	請求期間	令和 年 月 日から	
介護休業の末日		令和 年 月 日		令和 年 月 日まで	
<p>上記のとおり請求いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 氏名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名 氏名</p>					

- 1 介護休業に関する所属所長の証明書等の(写)を添付して下さい。
- 2 介護を必要とする者の医師の意見書等の(写)を添付して下さい。

令和 年 月 日から、令和 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して次の金額を支払ったことを証明する。

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	割	円
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	割	円
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	割	円

令和 年 月 日

所属機関の長 職 名  
又は給与担当者 氏 名

※ 給 料 と の 調 整	標準報酬月額	標準報酬日額	今回支給日数(該当日に○印を付する)						
	円 × $\frac{1}{22}$ =	円	令和 年 月分 ( 日 )						
	標準報酬日額	給付日額	曜	1	8	15	22	29	
	円 × $\frac{67}{100}$ =	円	曜	2	9	16	23	30	
	給付日額	支給日数	給付額	曜	3	10	17	24	31
	円 × _____ 日 =	円	曜	4	11	18	25	*	
	給付額	控除額	給付決定額	曜	5	12	19	26	*
	円 - _____ 円 =	円	曜	6	13	20	27	*	
曜	7	14	21	28	*				
支給開始日		前回支給分	今回支給分						
令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで						