

10/1から12/31まで介護休業  
を取得し、4月分の介護休業手当金を  
請求する場合の記入例

決定 伺	局長	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) <b>きょうさい たろう</b>		所属機関	
<b>〇〇</b>	<b>〇〇</b>	<b>共済 太郎</b>		<b>〇〇〇市役所</b>	
組合員 の 介 護 を 必 要 と す る 者	氏名 (身分関係)	<b>共済 花子</b>	身分関係 (妻)	標準報酬の 月額	<b>〇〇〇,〇〇〇</b> 円
	住所	<b>〇〇〇〇〇〇〇</b>		請求金額	<b>〇〇〇,〇〇〇</b> 円
介護休業の初日		令和 〇年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日	請求期間	令和 〇年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日	
介護休業の末日		令和 〇年 <b>12</b> 月 <b>31</b> 日		令和 〇年 <b>10</b> 月 <b>31</b> 日	
<p>上記のとおり請求いたします。</p> <p>令和 〇年 〇〇 月 〇〇 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 <b>〇〇〇〇〇〇〇</b> 氏名 <b>共済 太郎</b></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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名 <b>〇〇〇〇〇〇〇</b> 氏名 <b>〇〇 〇〇</b></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 10月 1日から、令和○年 10月 31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 10月 1日から 令和○年 10月 31日まで	22 日	0 割	0 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			円

休業中に支給された報酬(手当含む)があれば、その金額を記入してください。

報酬の内容によっては、手当金との調整が必要な場合があります。

令和○年 ○○月 ○○日

所属機関の長 職 名 ○○○○○  
 又は給与担当者 氏 名 ○○ ○○

報酬との調整	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	$\times \frac{1}{22} =$ ○○,○○○ 円	令和 ○ 年 ○ 月分 (22日)					
	標準報酬日額	給付日額	木 曜	○1	○8	○15	○22	○29
	○○,○○○ 円	$\frac{67}{100} =$ ○○,○○○ 円	金 曜	○2	○9	○16	○23	○30
	給付日額	支給日数	土 曜	3	10	17	24	31
	○○,○○○ 円	$\times$ 22 日	日 曜	4	11	18	25	*
給付額	報酬の額	給付決定額	月 曜	○5	○12	○19	○26	*
円	円	円	火 曜	○6	○13	○20	○27	*
※ 支給開始日		※ 前回支給日	<標準報酬月額53万円以上該当> 給付上限相当日額 全員共通で令和6年8月1日から 15,778円					
令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 から							