

## 介護休業手当金 請求書

神戸市職員共済組合

組合員(請求者)が記入するところ	組合員 記号・番号	記号 ----- 番号	所 属	電 話				
	組合員の氏名	(フリガナ) -----						
	要介護者に関する事項	氏名		続柄		同居又は 別居の別	同居・別居	
	過去の介護休業取得実績	1 有(平成・令和 年 月 日) 2 無						
	介護休業の初日・末日	(初日) 平成・令和 年 月 日			(末日) 平成・令和 年 月 日			
	介護休業手当金の請求期間	(初日) 平成・令和 年 月 日			(末日) 平成・令和 年 月 日			
	各 月 休 業 日 数 (半日・時間単位の介護休暇は対象外)	月分 日	月分 日	月分 日	月分 日	月分 日	月分 日	
請 求 金 額	円	円	円	円	円	円		
給 付 日 額 <sup>※</sup>	標準報酬月額	円	× 1/22 →	標準報酬の日額	円	× 67/100 =	給付日額	円
					10円未満四捨五入			1円未満切り捨て
※ 給付日額については、雇用保険法の規定による介護休業給付に準じた上限額があります。								
組合員(請求者)が記入するところ	標準報酬月額	等級 円						
	休業中の報酬の支給	1 有(別添証明書のとおり) 2 無						
	上記のとおり請求するとともに、当該給付に必要な個人情報について、神戸市へ照会されることを承諾します。 神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 年 月 日 (郵便番号 - ) 住所 _____ 組合員(請求者)の 電話( ) - _____ 氏名 _____							
所属確認欄	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 月 日 補職名 _____ 所属所長 _____ 氏 名 _____							

## 《提出にあたっての注意事項》

- 1 請求者は、太線の枠内を記入し、所属で確認を受けてから提出してください。
- 2 提出の際には、介護休暇承認請求書・介護休暇取得計画の写しを添付してください。
- 3 介護休暇取得月の翌月ごとに、介護休業取得日数報告書(様式2-10-2)を提出してください。
- 4 「公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律」第2条第1項又は第10条第1項による派遣職員の方は、「所属」を「派遣先団体」と読み替えてください。
- 5 給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」(様式3-11)の手続きもおこなってください。

共済組合受付印	共 済 組 合 事 務 処 理 欄			
	次長	係長	係	係
上記申請のとおり決定する				令和 年 月 日