

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	組合員証の 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 月ごろ) 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※	標準報酬月額	円	× 1/22 →	標準報酬の日額	円	× 67/100 =	給付日額
				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						
	所属所長	補職名 _____ 氏 名 _____					

《提出にあたっての注意事項》

- 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。
- 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。
- 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。
- 「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。
- 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)をあわせて提出してください。

共済組合受付印

共 済 組 合 事 務 処 理 欄			
	次長	係長	係
上記申請のとおり決定する。 令和 年 月 日			