

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 1	所属	〇〇局〇〇課			
	組合員の氏名	(フリガナ) キョウサイ ハナコ 共 済 花 子					
	要介護者に関する事項	氏名	共 済 咲 美	続柄	母	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 3年 5月 20日			(末日) 平成・令和 3年 10月 10日		
	介護休業手当金の請求期間	(初日) 平成・令和 3年 5月 20日			(末日) 平成・令和 3年 10月 10日		
	各月休業日数 (半日・時間単位の介護休暇は対象外)	5月分 5日	6月分 10日	7月分 15日	8月分 15日	9月分 10日	10月分 5日

請求金額	円	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	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	〇〇 等級		〇〇〇, 〇〇〇円			
	休業中の報酬の支給	1 有(別添証明書のとおり)	2 無	標準報酬月額が不明の場合は、空欄のままです。			
	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 3年 5月 10日 (郵便番号 650 - 8570) 神戸市中央区加納町6丁目5-1 住所 _____ 組合員(請求者)の 電話(090) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 氏名 共 済 花 子						

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 3年 5月 10日			
	所属所長	補職名	〇〇局〇〇課長	総務事務センター集約の対象となっている部局(学校園を除く)については、所属所長欄は空欄のままとし、担当者名、電話番号のみ記入して総務事務センターへ提出してください。			
氏名			〇 〇 〇 〇				

《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	係
上記申請のとおり決定する				
令和 年 月 日				