

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 1 | 番号 123456 | 所属 | 〇〇局〇〇課 | | | 電話 | 〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| | 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 | 月分 日 | | |
| 請求金額 | 円 | 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 | | | | | | | | |
| | 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 補職名 〇〇局〇〇課長 所属所長 _____ 氏名 〇 〇 〇 〇 | | | | | | | | | |

共済組合受付印

《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。