

# 介護休業手当金 変更請求書

神戸市職員共済組合

組合員(請求者)が記入	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)								
	介護休業の初日・末日	変更前	(初日) 平成・令和	年	月	日	(末日) 平成・令和	年	月	日
		変更後	(初日) 平成・令和	年	月	日	(末日) 平成・令和	年	月	日
	変更後の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	
	変更後の各月休業日数 (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	月分 日		
変更後の請求金額	円	円	円	円	円	円	円			
変更後の 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	標準報酬月額	等級								円
	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									
	住所	(郵便番号 - )								
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 請求期間を延長するときは、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。

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			