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		標準報酬の日額		給付日額
円	× 1/22 →	円	× 67/100 =	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

組合員(請求者)の
住所 (郵便番号　－　)
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

共済組合受付印

《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。