

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 記号・番号	記号 1	所 属	〇〇局〇〇課				
	組合員の氏名	番号 123456	電話	〇〇〇-〇〇〇〇				
	介護休業の初日・末日	変更前	(初日) 平成(令和) 3年 5月 20日	(末日) 平成(令和) 3年 10月 10日				
		変更後	(初日) 平成(令和) 3年 5月 20日	(末日) 平成(令和) 3年 7月 31日				
	変更後の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 7月 31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)	5月分 5日	6月分 10日	7月分 15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、標準報酬月額が不明の場合は、空欄のままです。								
組合員(請求者)が記入	標準報酬月額	〇〇 等級		〇〇〇, 〇〇〇 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 3年 7月 30日							
	住所	(郵便番号 650 - 8570) 神戸市中央区加納町6丁目5-1						
	組合員(請求者)の 氏名	電話(090) 0000 - 0000						
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 7月 30日				
	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。				
所属所長 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。
- 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。
- 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。

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				