

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 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								
	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	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	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									
	所属所長 氏名	補職名 〇〇局〇〇課長			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