

介護休業手当金（変更）請求書

共済組合決裁欄				
係員	合議	係長	事務局次長	事務局長

決定額		百万		千			円
-----	--	----	--	---	--	--	---

標準報酬の等級 級 標準報酬の月額 , 円

(標準報酬の月額) , 円 $\times 1/22 =$ (標準報酬の日額) , 円(10円未満四捨五入)
請求金額(日額) (標準報酬の日額) , 円 $\times 0.67 =$ (請求日額) , 円(1円未満切り捨て)

※請求日額には一定の上限額があります。また、休業月に支給された報酬との調整があります。

組合員記入欄	記号・番号	—	所 属				
	組合員氏名			要介 護者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日		続 柄		同居・別居
	介護休暇を承認 (取得)された期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	変更後の 請求期間 (延長の場合のみ記入)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	①各月の介護休暇 取得日数 (1日単位で取得 した日数)	月分 日		月分 日	月分 日	月分 日	
給与主管課の証明欄	上記のとおり請求いたします。 あて先 川崎市職員共済組合理事長 令和 年 月 日 請求者 〒 — 住 所 氏 名 電話番号 — —						
	上記①の介護休業取得月の勤務に対する報酬等について、次のとおり証明します。報酬の詳細については、別添給与支給明細書のとおりです。 ・給料月額(100%) _____ 円 ・地域手当(100%) _____ 円 ・要勤務日数 (月 : 日) (月 : 日) (月 : 日) (月 : 日) ・減額時間単価 (月 : 円) (月 : 円) (月 : 円) (月 : 円) ・減額時間数 (月 : 時間) (月 : 時間) (月 : 時間) (月 : 時間) 令和 年 月 日 給与支払機関の長						
任命権者証明欄	介護休業期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	変更後の 介護休業期間 (延長の場合のみ記入)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
	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 職 名 任命権者 氏 名						

- 注意点 1 介護休業手当金が支給されるのは通算して66日までとなります。(3分割まで)
2 半日又は時間単位で取得した場合は支給の対象となりません。
3 週休日は支給額の計算には含みません。
4 介護休業を分割して取得された場合、原則として1期間(分割)につき1請求(請求書)となります。
ただし、同月分で複数期間がある場合は、事前に共済組合までお問い合わせください。

介護休業手当金 添付書類

- 介護休暇の取得を確認できる書類
(職員情報システムの申請検索から「申請内容」「日付指定」「内容」「対象日一覧」部分)
 - 介護休暇の状況が分かる書類(出勤簿 及び 出勤状況表)
 - 給与支給明細書(介護休業手当金支給の対象となる月の前月から、支給終了となる月の翌月支給分)
 - その他、支給要件確認に関して必要な書類の提出を求めることがあります。
- ※ 延長の場合は、延長となった期間のみを改めて請求してください。