

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

請求金額(日額) (標準報酬の月額) 円 × 1/22 = (標準報酬の日額) 円(10円未満四捨五入)
 (標準報酬の日額) 円 × 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	000-00000		所属	〇〇局〇〇部〇〇課		
	組合員氏名	共 済 太 郎		要介護者	氏名	共 済 一	
	生年月日	昭和 45 年 2 月 21 日 平成			続柄	実父	同居・別居
	介護休暇を承認(取得)された期間	令和 4 年 5 月 10 日から 令和 4 年 6 月 23 日まで			住所	川崎市川崎区共済町11	
給与主管課の証明欄	①各月の介護休暇取得日数(1日単位で取得した日数)	5 月分 16 日	6 月分 12 日	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		
	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 3 年 7 月 1 日 請求者 〒 000-0000 住所 川崎市川崎区共済町11-1 氏名 共 済 太 郎 電話番号 044 - 000 - 0000						
任命権者証明欄	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%) ・地域手当(100%) ・要勤務日数 (月: 日) : (月: 日) ・減額時間単価 (月: 円) ・減額時間数 (月: 時間) (月: 時間) (月: 時間) (月: 時間) 年 月 日 給与支払機関の長						
任命権者証明欄	承認された介護休業期間	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。 年 月 日 記入不要						

- 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

- 1 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)
 - 2 介護休暇の状況が分かる書類(出勤簿及び出勤状況表)
 - 3 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)
 - 4 その他、支給要件確認に必要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。