

|      |    |    |      |    |    |    |     |      |                        |
|------|----|----|------|----|----|----|-----|------|------------------------|
| 事務局長 | 次長 | 課長 | 課長補佐 | 主幹 | 主査 | 主任 | 担当者 | 決定額  | 円                      |
|      |    |    |      |    |    |    |     | 支給期間 | 年 月 日<br>～ 年 月 日<br>日間 |

## 介護休業手当金請求書

|  |   |        |        |  |        |     |  |  |  |
|--|---|--------|--------|--|--------|-----|--|--|--|
| 組合員証記号番号   | -   |        |        | 所属所名   |        |     |  |  |  |
| 組合員氏名  |   |        |        | 標準報酬月額<br>(短期)                               | 等級 円   |     |  |  |  |
| 組合員の介護を<br>必要とする者  | 住 所<br><br>氏 名  |        |        | ( 続 柄 )<br>( )                               |        |     |  |  |  |
| 請求期間の初日・末日   | 初日 年 月 日  |        |        | 末日 年 月 日                                     |        |     |  |  |  |
| 請求日額の計算<br>(標準報酬日額×67/100)   | 円 (日額)  |        |        | 勤務時間1時間<br>当たりの給与額                           |        | 円   |  |  |  |
| 各月休業の<br>日数及び<br>請求金額<br><br>(請求日額×日数<br>- 控除額)                    | 月   | 月分     | 月分     | 月分   | 月分     | 請求額 |  |  |  |
|  | 請求日額<br>× 日数  | 円<br>日 | 円<br>日 | 円<br>日                                       | 円<br>日 | 円   |  |  |  |
|  | 控除額   | 円      | 円      | 円  | 円      | 円   |  |  |  |
| 請求額  | 円   | 円      | 円      | 円  | 円      |     |  |  |  |
| 雇用保険<br>加入状況   | <input type="checkbox"/> 加入あり <input type="checkbox"/> 加入なし |        |        | 雇用保険で介護休業手当金を<br>請求しない理由<br>※「加入あり」を選択した場合記入 |        |     |  |  |  |
| 所属所長<br>または人事<br>担当者の証明  | 介護休業を承認した期間   |        |        | 年 月 日から 年 月 日まで                              |        |     |  |  |  |
|  | 上記のとおり相違ありません。<br>年 月 日<br>職 名<br>証 明 者<br>氏 名              |        |        |  |        |     |  |  |  |
| 上記のとおり請求します。<br>和歌山県市町村職員共済組合理事長 様<br>年 月 日<br>住 所<br>請 求 者<br>氏 名 |   |        |        |  |        |     |  |  |  |

◎裏面の備考に留意願います。

**【備考】**

1. 介護休業に関する所属所長の証明を添付してください。
2. 標準報酬日額は標準報酬月額×1/22の額を10円未満四捨五入してください。

$$\text{例：} \frac{470,000\text{円}}{\text{[標準報酬月額]}} \times \frac{1}{22} = 21,363.63\text{円} \approx \frac{21,360\text{円}}{\text{[標準報酬日額]}}$$

3. 請求日額は標準報酬日額×67/100の額を円未満切り捨ててください。

$$\text{例：} \frac{21,360\text{円}}{\text{[標準報酬日額]}} \times \frac{67}{100} = 14,311.2\text{円} \approx \frac{14,311\text{円}}{\text{[請求日額]}}$$

4. 「報酬支給額証明書」を添付のうえで、共済組合に提出してください。
5. 介護休業により出勤しなかった期間に支払われた報酬がある場合、介護休業手当金の請求金額を調整してください。
6. 「雇用保険加入状況」は、短期組合員が請求する場合のみ記入してください。

|      |    |    |      |    |    |    |     |      |                        |
|------|----|----|------|----|----|----|-----|------|------------------------|
| 事務局長 | 次長 | 課長 | 課長補佐 | 主幹 | 主査 | 主任 | 担当者 | 決定額  | 円                      |
|      |    |    |      |    |    |    |     | 支給期間 | 年 月 日<br>～ 年 月 日<br>日間 |

## 介護休業手当金請求書

|  |   |                  |  |          |           |                      |
|--|---|------------------|--|----------|-----------|----------------------|
| 組合員証記号番号   | 9999 - 99999  |                  | 所属所名   | 〇〇〇〇市    |           |                      |
| 組合員氏名  | 〇〇 〇〇   |                  | 標準報酬月額<br>(短期)                               | 29 等級    | 470,000 円 |                      |
| 組合員の介護を<br>必要とする者  | 住 所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇〇<br>氏 名 〇〇 △△ (続柄 子)                       |                  |  |          |           |                      |
| 請求期間の初日・末日   | 初日 令和 X 年 XX 月 X 日  |                  | 末日 令和 X 年 XX 月 X 日                           |          |           |                      |
| 請求日額の計算<br>(標準報酬日額×67/100)   | 14,311 円 (日額)   |                  | 勤務時間1時間<br>当たりの給与額                           | X,XXXX 円 |           |                      |
| 各月休業の<br>日数及び<br>請求金額<br>(請求日額×日数<br>- 控除額)  | 月   | XX 月分            | XX 月分  | 月分       | 月分        | 請求額<br><br>428,864 円 |
|  | 請求日額<br>× 日数  | 14,311 円<br>15 日 | 14,311 円<br>17 日                             | 円<br>日   | 円<br>日    |                      |
|  | 控除額   | 13,635 円         | 15,453 円                                     | 円        | 円         |                      |
|  | 請求額   | 201,030 円        | 227,834 円                                    | 円        | 円         |                      |
| 雇用保険<br>加入状況   | <input type="checkbox"/> 加入あり <input type="checkbox"/> 加入なし   |                  | 雇用保険で介護休業手当金を<br>請求しない理由<br>※「加入あり」を選択した場合記入 |          |           |                      |
| 所属所長<br>または人事<br>担当者の証明  | 介護休業を承認した期間   |                  | 令和 XX 年 XX 月 XX 日 から 令和 XX 年 XX 月 XX 日まで     |          |           |                      |
|  | 上記のとおり相違ありません。<br>令和 X 年 X 月 X 日<br>職名 〇〇〇〇市長<br>証明者 氏名 □□ □□ |                  |  |          |           |                      |
| 上記のとおり請求します。<br>和歌山県市町村職員共済組合理事長 様<br>令和 X 年 X 月 X 日<br>住所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇〇<br>請求者 氏名 〇〇 〇〇 |   |                  |  |          |           |                      |

◎裏面の備考に留意願います。

**【備考】**

1. 介護休業に関する所属所長の証明を添付してください。
2. 標準報酬日額は標準報酬月額×1/22の額を10円未満四捨五入してください。

$$\text{例：} \frac{470,000\text{円}}{\text{[標準報酬月額]}} \times \frac{1}{22} = 21,363.63\text{円} \approx \frac{21,360\text{円}}{\text{[標準報酬日額]}}$$

3. 請求日額は標準報酬日額×67/100の額を円未満切り捨ててください。

$$\text{例：} \frac{21,360\text{円}}{\text{[標準報酬日額]}} \times \frac{67}{100} = 14,311.2\text{円} \approx \frac{14,311\text{円}}{\text{[請求日額]}}$$

4. 「報酬支給額証明書」を添付のうえで、共済組合に提出してください。
5. 介護休業により出勤しなかった期間に支払われた報酬がある場合、介護休業手当金の請求金額を調整してください。
6. 「雇用保険加入状況」は、短期組合員が請求する場合のみ記入してください。