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	ー	所　属			
組合員氏名		要介護者	氏　名		
生年月日	年　月　日		続　柄		同居・別居
性　別	男・女		住　所		
介護休暇を承認（取得）された期間	年　月　日から 年　月　日まで	変更後の請求期間（延長の場合のみ記入）	年　月　日から 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	

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

年　月　日

請求者　〒　ー

住 所

氏 名

電話番号　ー　ー

給与主管課の証明欄

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%)　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）

年　月　日

給与支払機関の長

任命権者証明欄

介護休業期間	年　月　日から 年　月　日まで	変更後の介護休業期間（延長の場合のみ記入）	年　月　日から 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

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

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」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分まで）
4 その他、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、下記の書類も必要になります。
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」部分）