

# 介護休業手当金請求書

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			続柄	実父	同居・別居	
	性別	男・女			住所	川崎市川崎区共済町11		
介護休暇を承認(取得)された期間	令和 2年 5月 10日 から 令和 2年 6月 23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)	5 月分 16 日		6 月分 12 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 令和 2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 - 0000 - 0000								
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)	(月: 日)	(月: 日)	(月: 日)	
・減額時間単価	(月: 円)	(月: 円)	(月: 円)	(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)	(月: 時間)	(月: 時間)	(月: 時間)	
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	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。  
 介護休暇の延長を確認できる書類(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)