【共済クラウド対応】

介護休業手当金請求書

給付種別	２６０

組合員等記号番号	―	所属所名	
フリガナ		短期標準報酬月額	第　　級　　円
組合員氏名			
組合員の介護を必要とする者	住所 氏名　　続柄（　　）		
休業の初日	令和　　年　　月　　日	休業の末日	令和　　年　　月　　日
請求期間	令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで		
介護休業手当金請求金額	円	※決定金額	円

上記のとおり請求します。

□公金受取口座を利用する。
（共済組合に届出の給付金等受取口座と同じときはチェック不要です。）

青森県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

請求者　住所
　　氏名

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

所属所長　職名
　　氏名

(注)1　裏面に所属所長の証明又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
　　なお、報酬の支払いがある場合は、報酬支給額証明書を添付してください。
2　介護休暇を証明できる書類（申請･承認､決定通知等の写し､辞令の写し､出勤簿等の写し）を添付してください。
3　公益法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律第２条第１項による派遣職員の方は、次の点に留意してください。
①組合員等記号番号の記載は不要ですが、「所属所名」欄は派遣先団体の名称を記入してください。
②「短期標準報酬月額」は、組合の運営規則で定める仮定標準報酬月額を記入します。
③請求金額は、「組合の運営規則で定める仮定標準報酬月額」から算出します。
④裏面の「所属所長又は給与事務担当者の証明」欄は、派遣先団体の長又は給与事務担当者の証明となります。
4　※欄は、記入しないでください。

（裏面）

令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

令和　年　月　日 令和　年　月　日	間		円
令和　年　月　日 令和　年　月　日	間		円
令和　年　月　日 令和　年　月　日	間		円
令和　年　月　日 令和　年　月　日	間		円

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

所属所長又は給与事務担当者　職名

氏名

【介護休業手当金計算書】

1　標準報酬日額（短期標準報酬月額×1/22）

＿＿＿＿＿＿円　×　1/22　＝　＿＿＿＿＿＿円 …（A）

（10円未満四捨五入）

2　介護休業手当金（給付日額）　＿＿＿＿＿＿円※ …（B）

※B1又はB2のどちらか低い額

・標準報酬日額（A）×給付率

＿＿＿＿＿＿円　×　67/100　＝　＿＿＿＿＿＿円 …（B1）

（円未満切り捨て）

・給付上限相当額（毎年８月見直し）

雇用保険法第１７条第４項第２号ロに定める額に相当する額（当該額が同法第１８条の規定により変更された場合には、当該変更された後の額）× 30 × 給付率 × 1/22

＿＿＿＿＿＿円　×　30　×　67/100　×　1/22　＝　＿＿＿＿＿＿円 …（B2）

※令和　　年　　月　　日～　　（円未満切り捨て）

3　介護休業手当金支給額（請求金額）

給付日額（B）　×　支給対象日数(C)　－　控除額(D)　＝　請求金額

＿＿＿＿＿＿円　×　＿＿＿＿＿＿日　－　＿＿＿＿＿＿円　＝　＿＿＿＿＿＿円

区　分	給付日額(B)	支給対象日数(C)	控除額(D)	支給(請求)額	備　考
令和　年　月分	円	日	円	円	
令和　年　月分	円	日	円	円	
令和　年　月分	円	日	円	円	
令和　年　月分	円	日	円	円	
合　計		日	円	円	

※共済組合使用欄

支給開始日	今回支給分
令和　年　月　日　から	令和　年　月　日　まで