

介護休業手当金請求書

氏名コード		所	名 称			
所属コード		属	所 在 地			
(フリガナ)						
組合員氏名		生 年 月 日	年 月 日	性別		
		資格取得年月日	年 月 日			
組合員の介護を必要とする者	住所、氏名及び続柄	住所： 氏名：	続柄：			
対象期間	介護休業の初日・末日	初日	年 月 日	末日	年 月 日	
変更がある場合	変更前の介護休業の初日・末日	初日	**** 年 **月 **日	末日	**** 年 **月 **日	
請求金額（日額）	(標準報酬月額)	円×1/22	= (標準報酬日額)	円 (10円未満四捨五入)		
	(標準報酬日額)	円×0.67	= (請求日額)	円 (円未満切捨)		
標準報酬等級及び月額	(標準報酬等級)	級	(標準報酬月額)	円		
介護休業取得日数	月分	月分	月分	月分	取得日数合計	
	日	日	日	日	日	
休業中の報酬の給付	1 有 (別添証明書のとおり)		2 無			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>(宛先) 京都市職員共済組合理事長 年 月 日 住所 請求者 氏名</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日 職名 所属所長 (任命権者) 氏名</p>						

※太枠内を記入してください。

(所属所長証明欄は、総務事務センター（他任命権者においては職員課、人事課）で記入してください。)

- 備考
- 勤務しない期間に報酬が支払われた場合には、期間中に支払われる報酬についての所属機関の長又は事務担当者の証明を添付してください。
 - 「介護休暇承認通知書」の写し等、必要証明書類を添付してください。
 - 新規又は休業日数を変更する場合は、必ず介護休業取得日数を記入してください。
 - 手当金は、あらかじめ登録いただいている短期給付金口座に振り込まれます。
 - 手当金通知書は、総務事務センター（他任命権者においては職員課、人事課）に届け出ている住所宛に送付されます。
 - 支給額には、上限額があるため、請求日額と実際の支給日額が異なる場合があります。