

〔記入例〕

介護休業手当金（変更）請求書

				決定額	※	円
組合員証 記号番号	北都市 ○ 第 ×××× 号	組合員氏名	○○ ○○		所属 機関名	○○市
介護休業 (変更後)の 承認期間	令和××年××月××日 初日 令和××年××月××日 末日	組合員の 介護を必 要とする者	住所 ○○市○○町×丁目×-× 氏名 ○○ ○○ 続柄 ○○			
標準報酬 月額	×× 等級 240,000 円	介護休業手当 金(変更後) の請求期間	令和××年××月××日から 令和××年××月××日まで	介護休業手当 金(変更後) の請求金額	475,085 円	
各月休業 日数及び 請求額	×× 月分 22 日 160,798 円	×× 月分 22 日 160,798 円	×× 月分 21 日 153,489 円	月分 日 円		
上記のとおり請求（変更請求）します。 北海道都市職員共済組合理事長 様						
令和××年××月××日		請求者		請求者が署名してください。 住所 ○○市○○町×丁目×-× 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 ○○市長 氏名 ○○ ○○		

- 裏面に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたいえ、組合に提出して下さい。
- ※印欄は記入しないで下さい。

令和 XX年XX月XX日から令和 XX年XX月XX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 XX年XX月XX日 } 間 ○割 ○円
 令和 XX年XX月XX日 }
 令和 XX年XX月XX日 } 間 ○割 ○円
 令和 XX年XX月XX日 }
 令和 XX年XX月XX日 } 間 ○割 ○円
 令和 XX年XX月XX日 }
 令和 年 月 日 } 間 割 円
 令和 年 月 日 }

令和 XX年XX月XX日

所属機関の長又は 職名 ○○市長
 給与事務担当者 氏名 ○○ ○○

[介護休業手当金計算書]

1 標準報酬日額 標準報酬月額 × 1/22
240,000 円 × 1/22 = 10,910 円 (A)
 (10円未満四捨五入)
 2 介護休業手当金 (給付日額)
 標準報酬日額 (A) × 給付率 (67/100)
10,910 円 × 67/100 = 7,309 円 (B1)
 (円未満切り捨て)

給付上限相当額

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 (相当額が同法第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 × 67/100 × 1/22

16,980 円 × 30 × 67/100 × 1/22 = 15,513 円 (B2)
 (円未満切り捨て)

◎ B1 < B2 の場合 …… B = B1

B1 ≥ B2 の場合 …… B = B2

3 介護休業手当金

令和 XX年XX月分 給付日額 (B) 7,309 円 × 22 日 = 160,798 円
 令和 XX年XX月分 7,309 円 × 22 日 = 160,798 円
 令和 XX年XX月分 7,309 円 × 21 日 = 153,489 円
 令和 年 月分 円 × 日 = 円
 給付日数 65 日

※ 介護休業手当金給付額計算

(給付額) (控除額) (給付決定額)
475,085 円 - 0 円 = 475,085 円

今回支給日数(該当日に○印をする)	今回支給日数(該当日に○印をする)	今回支給日数(該当日に○印をする)	今回支給日数(該当日に○印をする)
曜日 月 分	曜日 月 分	曜日 月 分	曜日 月 分
1 8 15 22 29	1 8 15 22 29	1 8 15 22 29	1 8 15 22 29
2 9 16 23 30	2 9 16 23 30	2 9 16 23 30	2 9 16 23 30
3 10 17 24 31	3 10 17 24 31	3 10 17 24 31	3 10 17 24 31
4 11 18 25	4 11 18 25	4 11 18 25	4 11 18 25
5 12 19 26	5 12 19 26	5 12 19 26	5 12 19 26
6 13 20 27	6 13 20 27	6 13 20 27	6 13 20 27
7 14 21 28	7 14 21 28	7 14 21 28	7 14 21 28

※支給開始日

令和 年 月 日 から

※前回支給分

令和 年 月 日 まで

※今回支給分

令和 年 月 日 まで

〔記入例〕

給付上限適用

介護休業手当金（変更）請求書

				決定額	※	円
組合員証 記号番号	北都市 ○ 第 ×××× 号	組合員氏名	○○ ○○		所 属 機関名	○○市
介護休業 (変更後)の 承認期間	令和××年××月××日 初日 令和××年××月××日 末日	組合員の 介護を必 要とする者	住所 ○○市○○町×丁目×-× 氏名 ○○ ○○ 続柄 ○○			
標準報酬 月 額	×× 等級 500,000 円	介護休業手当 金(変更後) の請求期間	令和××年××月××日から 令和××年××月××日まで	介護休業手当 金(変更後) の請求金額	1,008,345 円	
各月休業 日数及び 請求額	×× 月分 22 日 341,286 円	×× 月分 22 日 341,286 円	×× 月分 21 日 325,773 円	月分 日 円		
上記のとおり請求（変更請求）します。 北海道都市職員共済組合理事長 様						
令和××年××月××日		請求者		請求者が署名してください。 住所 ○○市○○町×丁目×-× 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 ○○市長 氏名 ○○ ○○		

- 裏面に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたい場合は、組合に提出して下さい。
- ※印欄は記入しないで下さい。

