

介護休業手当金請求書

(請求先)

平成 00 年 00 月 00 日

横浜市職員共済組合理事長

次のとおり介護休業手当金を請求します。
請求にあたり、横浜市職員共済組合及び全国市町村職員共済組合連合会が私の氏名・給付の額の個人情報を利用することに同意します。

請求者	住所	〒000-000 横浜市 ○△区 □△町 999番地		電話	(045)000-0000	
	フリガナ	キョウサイ イチロウ		性別	男・女	
	組合員氏名	共済 一郎		生年月日	昭和00年00月00日	
所属コード	00000000	所属名	00 局・区 00 課			
職員番号	0123456	所在地	横浜市○○区△△町1-2-3			
介護を必要とする者	氏名	共済 太郎		続柄	父	
	住所	横浜市 ○△区 □△町 999番地				
介護が必要な理由	傷病名	脳梗塞後遺症		その他		
介護休業手当金請求期間	平成27年 11月 ×日 から 平成27年 12月 0日 まで					
標準報酬月額	短期	20 等級		340,000 円		
	(変更)	月から		等級 円		
各月休暇日数	11月分 10日	12月分 6日	月分 日	月分 日		
振込先	金融機関	銀行 ○○ 金庫		支店名	△△ 支店	
		農協		出張所	1234567	
	銀行コード	0000	支店コード	000		
介護休暇取得日の給与の支給	有給		無給			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
平成 年 月 日	所属機関の長		職名		印	
給与支払に関する証明						
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して次の報酬(手当を含む総支給額)を支払ったことを証明する。						
平成 年 月 日	月分	日	月分	日	月分	日
	円		円		円	円
平成 年 月 日	所属所長 または 職務代決者		職名		氏名 印	

捨て印

共済

(添付書類)

- 預金通帳の名義人・ふりがな・口座番号を確認できる部分の写しを添付してください。
- 介護休暇簿及び出勤簿の写しを添付して下さい。
- 休暇日に給与の支給があった場合には、給与支払に関する証明を記載して下さい。