

介護休業手当金請求書

(請求先)

横浜市職員共済組合理事長

令和4年10月1日

記入例

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共同利用することに同意します。

組合員	住所	〒×××-×××× 横浜市中央区〇〇〇1丁目1番地							
	フリガナ	キョウサイ イチロウ				電話	(045) ×××-××××		
	組合員氏名 (自署)	共済 一郎			生年月日	昭和 ××年×月×日			
組合員証 記号・番号		100-1234567			所属名	〇〇〇 区 〇〇〇〇 課			
		所属コード			× × × × × × × ×				
介護を必要とする者	氏名	共済 太助			住所	(別居の場合記入)			
	続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者の父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 孫 (同居の場合のみ対象) <input type="checkbox"/> 父母の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者の父母の配偶者 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者の子							
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		令和4年10月3日から令和4年11月30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		10月分	10日	11月分	5日	月分	日	月分 日	
		月分	日	月分	日	月分	日	月分 日	
振込先	金融機関	〇〇 銀行		支店名	〇〇〇 支店		本店 口座番号(普通預金)		
		金庫 農協			出張所		×××××××		
	銀行コード	× × × ×		支店コード	× × ×				
口座名義人氏名		(フリガナ) キョウサイ イチロウ 共済 一郎							
共済組合事務担当課記載欄	<input checked="" type="checkbox"/>	会計年度任用職員・再任用職員については、雇用保険に未加入であることを確認しました。 (確認後、レ点をお願いします。)							
		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							
	共済組合事務担当課決裁欄			所属所長 または 職務代決者	職名	総務課・人事課・職員課等の共済事務担当課で記入・決裁をお願いします。			
	課長	係長	係員		氏名				
印	印	印							
給与(報酬)支払に関する証明									
年 月 日から 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して次の報酬(手当等含む総支給額)を支払ったことを証明する。									
月分	日	月分	日	月分	日	月分	日	月分 日	
	円		円		円		円	円	
月分	日	月分	日	月分	日	月分	日		
	円		円		円		円		
年 月 日		所属所長 または 職務代決者		職名		氏名 印			

- 預金通帳の名義人・フリガナ・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ください。
- 介護休業日に報酬の支払があった場合には、給与支払に関する証明を記載してください。
- 雇用保険対象の方は、原則、雇用保険から給付されます。申請先はハローワークです。

(R4年10月版)