

介護休業手当金

請求書
 変更申請書

給付種別(260)

(施行規程第115条の4関係)

組合員証記号番号										所属所名										所属所所在地									
組合員氏名										標準報酬の等級及び月額																			
										等級					標準報酬の月額														
										第 級					円														
組合員の介護を必要とする者																													
氏名										組合員との続柄										住 所									
										〒 -																			

介護休業期間の 初日・末日	新規・変更前	(初日)平成	年	月	日	(末日)平成	年	月	日
	変更後	(初日)平成	年	月	日	(末日)平成	年	月	日

介護休業手当金の請求期間の初日・末日	(初日)平成	年	月	日	(末日)平成	年	月	日
--------------------	--------	---	---	---	--------	---	---	---

変更事由																													
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

標準報酬の日額	標準報酬の月額	円	×	1/22	=	標準報酬の日額	円	(10円未満四捨五入)
---------	---------	---	---	------	---	---------	---	-------------

給付日額	標準報酬の日額	円	×	40(67 [*])	÷	100	=	給付日額 [*]	円	※給付日額が給付上限額を超えた場合はその上限額となります。
										(円未満切捨て)

請求金額	該当請求月	年	月	給付日額	円	×	給付日数	日	調整額	円	=	手当金額	円

上記のとおり、請求します。

新潟県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

住所

請求者

氏名

印

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

職名

所属所長

氏名

印

※平成28年8月1日以後に介護休業を開始した場合は、当分の間、「67/100」に引き上げられています。

[留意事項]

*請求の際は、介護休暇の承認を請求した書類の写しを添付してください。

*裏面の「介護休暇取得状況証明欄」、「介護休業取得月に支払われた1か月間の報酬の証明欄」を記入し、証明してください。
(「介護休業取得状況証明欄」は、出勤簿の写しを提出することでこの欄の証明は省略できます。)

*複数月にまたがって請求する場合は、介護休業を取得した月ごとに請求してください。

* 共済組合使用欄	給付額	該当月	月	支給開始日	平成	年	月	日から	共済組合受付印				
		給付日数	日	前回支給分	平成	年	月	日まで					
		調整額	円	今回支給分	平成	年	月	日まで					
		支給金額	円	決裁欄	課長	係長	係	検認	入力日				

介護休業取得状況証明欄

曜日	年	月	日	～	日		
曜日	1	8	15		22		29
曜日	2	9	16		23		30
曜日	3	10	17		24		31
曜日	4	11	18		25	月計	日
曜日	5	12	19		26		
曜日	6	13	20		27		
曜日	7	14	21		28		

〔介護休業取得状況証明欄の記載要領〕

※出勤簿の写しを提出することで、この欄の証明を省略できます。

- ・介護休業手当金請求期間を記入してください。
- ・「曜日」欄に曜日を記入してください。
- ・月の初日から末日まで記入してください。
- ・介護休業を一日取得した日は○を、時間単位で取得した日には△を記入してください。
- ・介護休業を取得しなかった日には×を記入してください。
- ・月計には○の合計を記入してください。
- ・祝日は日にちに○を記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

職 名
所属所長
氏 名

印

介護休業取得月に支払われた1か月間の報酬の証明欄

① 請求月に支払われた1か月間の報酬	
※下記の記載要領①参照	
請求期間(初日)	～ 請求期間(末日)
平成 年 月 日	～ 平成 年 月 日
種 別	支給実績
給料(減額調整後)	円
	円
	円
	円
	円

② 給料月額

円

減額前の給料月額(地域手当、調整額含む。)を記入してください。

③ 1時間あたりの給与額

円

介護休業取得月の1時間あたりの給与額を記入してください。

④ 給料減額対象時間

時間 分

減額時、1時間未満は、

a) 30分以上切上げ・30分未満切捨て

b) 切捨て

c) 切上げ

d) そのまま

で、③を乗じる

下記の記載要領②参照

⑤ 祝日の取扱い

要勤務日に祝日を

a) 含める

b) 含めない

下記の記載要領③参照

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所属所長又は 職 名
給与事務担当者 氏 名

印

〔介護休業取得月に支払われた1か月間の報酬の証明欄の記載要領〕

- ① 請求期間は介護休業の開始日又は終了日が月途中であっても、請求月の初日から末日までを記入してください。請求月において、介護休業を取得したことにより、支払われた減額調整後の給料及び諸手当を記入してください。
- ② 給料を減額するときの対象になる時間数を記入してください。対象時間のうち、1時間未満について、該当する取扱いに○を記入してください。
- ③ 給料を減額するとき、祝日の時間も④に加算される場合は、「a)含める」に○を記入してください。給料を減額するとき、祝日の時間は④に加算されない場合は、「b)含めない」に○を記入してください。

介護休業取得月における調整額の計算

※介護休業取得該当月1か月間の報酬が支払われた場合に調整額の計算をしてください。

< 月の給料(地域手当含む。)の日額 >

② 円 ÷ 日 = 円 (A) 銭未満切捨て

該当月の要勤務日(正規の勤務日)

< 月の諸手当(通勤手当除く。)の日額 >

円 ÷ 22 日 = 円 (B) 銭未満切捨て

< 月の調整額 >

(A) 円 - (③ 円 × 時間 分)

1日の正規の勤務時間数

+ (B) 円 = 円 (C) 円未満切捨て ※ (C) < 0 の場合、調整額は0円です。

(C) 円 × 日 = 調整額 円

給付日数