

介護休業手当金(給付種別260)

☐請求書
☐変更申請書

(施行規程第115条の4関係)

組合員等記号番号										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					円														
										第 級																								
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)令和 年 月 日					(末日)令和 年 月 日														
										変更後					(初日)令和 年 月 日					(末日)令和 年 月 日														
介護休業手当金の請求期間の初日・末日										(初日)令和 年 月 日					(末日)令和 年 月 日																			
変 更 事 由																																		
標準報酬の月額										標準報酬の日額																								
円										×					1/22					=					円 (10円未満四捨五入)									
給 付 日 額										標準報酬の日額										給付日額※2														
円										×					40(67※1) /100					=					円 (円未満切捨て)									
請 求 金 額										該当請求月					給付日額					給付日数					調整額					請求金額				
										令和 年 月					円					×					日					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																																		
令和 年 月 日															住 所																			
															請求者																			
															氏 名																			
本人自ら署名する場合は、押印不要です。																																		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。																									所属所受付印									
令和 年 月 日																																		
職 名																																		
所属所長																																		
氏 名																																		

※1平成28年8月1日以降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。

※2雇用保険法の規定による介護休業給付に準じた上限額を超えた場合は、その上限額となります。

〔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	該当請求月	令和 年 月	支給開始日	令和 年 月 日 から					共済組合受付印
		給付日数								

介護休業取得状況証明欄

曜日	令和	年	月	日	～	月	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。

・介護休暇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。

・介護休暇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。

令和 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

請求月(初日)	～	請求月(末日)
令和 年 月 日	～	令和 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。

令和 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、休・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、休・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) ※網掛け部分がマイナスとなった場合は0円とする

1日の正規の勤務時間数

+ (B) 円 = 円 (C) (円未満切捨て)

(C) 円 × 日 = 調整額 円

給付日数