

支給決定伺	支給決定金額	事務局長	課長	主幹・係長	課員	係
	¥	円				
	自	年	月	日		
	至	年	月	日		

介護休業手当金（変更）請求書

組合員証記号番号		-		所属機関	名称	
組合員氏名				所在地		
組合員の介護を必要とする者	氏名及び続柄	続柄		標準報酬月額	等級	円
	住所			請求期間 (変更後の期間)	年	月
介護休業の初日(変更後)		年	月	日	請求金額 円	
介護休業の末日(変更後)		年	月	日		
各月休業日数及び請求額	月分	月分	月分	月分	日	日
	日	日	日	日	円	円
<p>上記のとおり請求（変更）します。</p> <p style="text-align: center;">佐賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>						

- 1 介護休業に関する所属機関の長の証明を受け、共済組合に提出してください。
- 2 介護休業期間が延長された場合又は介護休業期間が終了する日前に終了した場合も提出してください。
- 3 介護休業月の翌月5日までに「介護休業に関する実績証明書」を提出してください。
- 4 ※印欄は記入しないでください。

※今回休業日数（該当日に○印を付す。）

月分																							
曜日	1	8	15	22	29	曜日	1	8	15	22	29	曜日	1	8	15	22	29	曜日	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	

[介護休業手当金計算書]

1 標準報酬の日額

(標準報酬月額)

(標準報酬日額)

円 × 1/22 = 円 (10円未満四捨五入)

2 介護休業手当金 (日額)

(標準報酬日額)

(給付日額)

円 × 67/100 = 円 (円未満切捨て)

◎ 給付上限相当額

雇用保険法第17条第4項第2号ハに定める額に相当する額(当該額が同法第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

円 × 30 × 67/100 × 1/22 = 円 (円未満切捨て)

3 給付額

年	月分	(給付日額)	円	×	(給付日数)	日	=	(給付額)	円
年	月分	_____	円	×	_____	日	=	_____	円
年	月分	_____	円	×	_____	日	=	_____	円
年	月分	_____	円	×	_____	日	=	_____	円
年	月分	_____	円	×	_____	日	=	_____	円
						(総給付日数)		(総給付額)	
						_____ 日		_____ 円	

4 給付決定額計算

(総給付額)

(控除額)

(給付決定額)

_____ 円 - _____ 円 = _____ 円

※ 支給開始日	※ 支給終了日	※ 支給日数	※ 支給日額
年 月 日	年 月 日	日	円