介護休業手当金請求書

職員番号			資格取得年月日			
組合員	フリガナ		生年月日			
	氏　名		性　別			
所　　属	名　称		所属コード			
組合員の介護を必要とする者	氏　名		続　柄		同居･別居	
	住　所					
過去の介護休暇取得実績	1 有（　　～　　）　2 無					
介護休暇の初日･末日	初　日		末　日			
請求期間の初日･末日	初　日		末　日			
標　準　報　酬	等級　　円					
休業中の報酬の支給	1 有　（別添証明書のとおり）　　2 無					
請求金額	円（標準報酬月額）× 1/22 ＝　　円（標準報酬日額）（10円未満四捨五入） 円（標準報酬日額）× 40/100 ＝　　円(支給日額)（円未満切捨て）(上限有り) 円（支給日額）　×　　日（支給日数）＝　　円					

上記のとおり介護休業手当金を請求します。
（あて先）名古屋市職員共済組合理事長

年　　月　　日

住所
請求者
氏名　　㊞

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

職名
所属所長
氏名　　㊞

1 介護休暇承認通知書（写）及び出勤簿（写）を添付してください。
2 同居を要件とする者を介護する場合は、住民票を添付してください。
3 「組合員の介護を必要とする者の住所」欄は、別居の場合のみ記入してください。
4 請求金額内の支給日額が給付上限相当額を超える場合は上限額となります。
5 勤務しない期間に報酬が支払われた場合には、期間中に支払われる報酬についての証明を添付してください。
6 この申請に係る「組合員の介護を必要とする者」について、過去に介護休業手当金の支給を受けている場合は、「過去の介護休暇取得実績」欄に当該者についての介護休暇取得期間を記入の上、介護休暇を取得する要因になった症状が消滅したことについて証明する医師の診断書を添付してください。
7 介護休暇を取得する月の翌月5日までに提出してください。