

決裁	理事長	局長	次長	課長	副課長	主幹	副主幹	係
	○							

(伺) 下記のとおり支給してよろしいか。

共済記入欄	起案日	/
	支給日	/
	決定額	円

## 介護休業手当金請求書

下記のとおり請求します。

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

請求日		令和 年 月 日																																																					
組合員証記号番号		所属所	企業	番号																																																			
組合員氏名		種別	所属所名	雇用保険加入状況	有・無																																																		
要介護者氏名		住所	(組合員)	標準報酬の月額	令和 年 月 ~ 等級 円																																																		
生年月日等	昭・平 令 年 月 日 ( )		(要介護者)																																																				
介護休業承認期間	令和 年 月 日	介護休業承認期間末日	令和 年 月 日																																																				
介護休業請求期間	令和 年 月 日	介護休業請求期間末日	令和 年 月 日																																																				
各月介護休業取得日数	月分	月分	月分	月分																																																			
	日	日	日	日																																																			
給付額	円	円	円	円																																																			
調整額	円	円	円	円																																																			
請求金額	円	円	円	円																																																			
	【請求金額 円】																																																						
月分							月分							月分							月分																																		
曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日																	
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					29	30	31					29	30	31					29	30	31				
29	30	31					29	30	31					29	30	31					29	30	31																																

↑※祝日も土日と同様に給与が支給される場合は、介護休業中であっても「×」としてください。

上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日 職名  
 所属所長 氏名

共済組合  
受付印

- 太線の中を記入してください。(ただし、    部分は記入しないでください。)
- 所属機関の長または給与事務担当者の証明を受けて、共済組合に提出してください。
- 「雇用保険加入状況」が「有」の場合は、介護休業給付不支給決定通知書の写しを必ず添付してください。

令和 年 月 日から令和 年 月 日までの出勤しなかった期間に対する報酬の支給について下記のとおり相違ありません。

Table with columns for months (令和 年 月) and rows for '標準報酬の月額', '要勤務日数', '報酬①' (Basic Salary, Local Allowance, etc.), and '報酬②' (Maintenance Allowance, etc.).

報酬①・・・日々の勤務に対し支給される報酬
報酬②・・・日々の勤務とは関係なく支給される報酬
(調整対象外のものは記入不要)

対象者の各報酬について、遡って追戻や差額調整を行った場合はその対象期間、報酬種別、金額及び計算内容

祝日は減額対象とならない。
祝日も減額対象となる。

令和 年 月 日
所属所長又は 職名
給与事務担当者 氏名

給与担当課による証明欄

出勤しなかった期間に支払われた報酬との調整

(A) 日数按分した介護休業期間中の給与額
報酬①の本来の支給額の合計 × 介護休業取得日数 ÷ 要勤務日数 (月分) = 円 ...A

(C) 時給(B)で計算し、実際に給与から減額された額
時給計算: (報酬①の本来の支給額の合計 / 時間) × 12 = 円 ...B
(B) × 給料計算上の介護休業取得時間 = 円 (月分) ...C

(※) に当てはまる給与条例上の式を
チェックしてください。
□ 7.75 (7時間45分) × 5日 × 52週
□ 7.75 (7時間45分) × 5日 × 50週
□ その他

(D) 減額対象外となる手当の日額計算
報酬②の本来の支給額の合計 ÷ 22 = ...D

(E) 調整額の日額計算
(A - C) ÷ 介護休業取得日数 + (D)
(A - C) がマイナスになる場合は、(A - C) を 0 とする。

★給付日額の算定
標準報酬の月額 ÷ 22 = 標準報酬の日額
標準報酬の日額 × 67/100 = 給付日額 (円未満切捨て)

【各月の給付額と調整額の計算】表面の表へ転記してください。

Table for monthly calculation: 給付日額 \* 介護休業取得日数 = 給付額, (E) 調整日額 \* 介護休業取得日数 = 調整額

\* 給付日額 ≥ 雇用保険の給付上限額 (令和4年8月1日以降は15,266円) の場合は、雇用保険の給付上限額