

介護休業手当金 請求書

組合員証	記号	番号	所属機関名(市・町・村・一部事務組合等)		
			名称		
組合員氏名			所在地		
生年月日	昭和 平成	年 月 日	標準報酬の等級 及び月額	等級	円
260	請求金額		円	雇用保険法による介護休業給付の有無 有 ・ 無	
組合員の介護を必要とする者		氏名	組合員との続柄		
		住所			
介護休業承認期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
介護休業手当金の請求期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">長野県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">請求者</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>					
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。				
	平成 年 月 日				
	職名				
	所属機関の長				
	氏名				

- 備考 1 裏面の報酬支給に関する所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けてください。
- 2 介護休業の承認について、状況により確認書類の提出をお願いする場合があります。
- 3 公益法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律第2条第1項による派遣職員の方は、次の点に留意してください。
- ① 「組合員証記号番号」の記載は不要です。
 - ② 「所属機関の名称及び所在地」は、「派遣先団体の名称及び所在地」を記入します。
 - ③ 「標準報酬の等級及び月額」は、「組合の運営規則で定める報酬」を記入します。
 - ④ 請求金額は、「組合の運営規則で定める報酬」額から算出します。
 - ⑤ 備考1の「所属機関の長又は給与事務担当者の証明」は、「派遣先団体の長又は給与事務担当者の証明」となります。

報酬支給額証明書

期 間		平成 年 月 日から 日 まで	平成 年 月 日から 日 まで
上記期間の支給対象日数		日	日
給与支給割合		割	割
報 酬 A		支 給 実 績	
種 別	本来の支給額	支 給 実 績	
給 料	円	円	円
地 域 手 当	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
小 計 ①		円	円
報 酬 B		支 給 実 績	支 給 実 績
種 別	本来の支給額	左の手当に 対する期間内 の支給割合	左の手当に 対する期間内 の支給割合
扶 養 手 当	円	円	円
住 居 手 当	円	円	円
寒 冷 地 手 当	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
小 計 ②		円	円
合計（小計① + 小計②）		円	円

平成 年 月の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。

平成 年 月 日

所属機関の長又は
給与事務担当者

職 名

氏 名

㊞