

| | | |
|----|----|----|
| 課長 | 係長 | 係員 |
| | | |

伺 下記のとおり支給して
よろしいか。

介護休業手当金請求書 (260)

下記のとおり請求します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

| | |
|----|--|
| 入力 | |
|----|--|

| | | | | | | | | | |
|---|-------|----|----|--------------|--|----|----|--------------------|---|
| 請求日 | 年 月 日 | | | 請求及び 期間金額 | 年 月 日から 日 日 まで | | | 決定金額 | 円 |
| 組合員証 番号 | | | | | | | | | 円 |
| 組合員氏名 | | | | 所属所 | | | | 給料 | 円 |
| 組合員の介護を必要とする者 | | | | | | | | 介護休業承認期間 | |
| 氏名及び 続柄 | (続柄) | | | 住所 | | | | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 今回請求分 (該当日に 印を付する) 月分 | 曜日 | | | | | | | (支給開始日) | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 年 月 日から | |
| | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | (前回支給分) | |
| | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 年 月 日まで | |
| | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | (今回支給分) | |
| 請求回数 | 回目 | 29 | 30 | 31 | | | | 年 月 日まで | |
| 〔給与支払に関する証明〕 | | | | | 〔支給額の計算〕 | | | | |
| 年 月 日から 年 月 日 まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の給料を 支払ったことを証明する。 | | | | | 給料月額 給料日額 _____円 × 1 / 22 = _____円 (10円未満四捨五入) ... A | | | | |
| 年 月分 割 円 | | | | | 支給日額 A × 1.25 × 40 / 100 = _____円 (円未満の端数切捨) ... B | | | | |
| 年 月分 割 円 | | | | | 支給日額が上限額を超える場合は、上限額を記入 | | | | |
| 年 月分 0 割 0 円 | | | | | 給付額 B × _____日 = _____円 (土曜、日曜を除く) | | | | |
| 年 月 日 (給与事務担当者) 職名 氏名 印 | | | | | 給付額 控除額 給付決定額 _____円 - _____円 = _____円 | | | | |

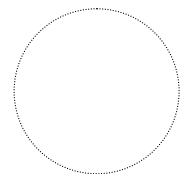
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職名
所属所長
氏名

印

受付印



1. 太線の中を記入してください。
2. 本請求書は、必ず任命権者等から介護休業の承認を受けた方が請求してください。
3. 必ず所属所長及び給与事務担当者の証明を受け、提出してください。
4. 任意継続組合員は請求できません。