共済組合
受付年月日

所属所
受付年月日

介護休業手当金請求書

※ 決 定 額	円

組合員証	記号	○○○	組合員氏名	○○　○○	所属機関	名称 ○○○○
	番号	○○○				所在地 ○○○○

介護休業の期間	初日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	介護休業手当金請求期間	令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日から
	末日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日まで

組合員の介護を必要とする者	フリガナ	○○○　○○○	続柄	住所	同居・別居	○○市○町○－○○
	氏名	○○○　○○○	○			

請求期間に対する報酬の支給の有無（いずれかに○をしてください）	有	（別添、報酬支給額証明書のとおり）
	無	所属機関の長又は給与事務担当者 職　名　○○ 氏　名　○○　○○

標準報酬月額（短期）	○ 等級 ○○○,○○○ 円	請求金額	○○○,○○○ 円

各月休業日数及び請求金額	月分	月分	月分	月分
	○○ 日	日	日	日
	○○○,○○○ 円	円	円	円

上記のとおり請求します。

鳥取県市町村職員共済組合理事長 様

令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

請求者　住所　○○市○町○－○○

氏名　○○　○○

1　介護休業に関する所属機関の長の証明書（介護休業承認書の写等）及び条例の写しを添付して提出してください。
　＊初回請求時のみ。ただし、介護休業の期間に変更があった場合は、変更後の証明書を添付してください。
2　出勤簿の写を添付して提出してください。
3　休業中の報酬支給「有」の場合、報酬支給額証明書を添付してください。
4　※印欄は記入しないでください。

※決裁	令和　年　月　日	事務局長	事務局次長	課長	合議	主査