

決定額	※	円
-----	---	---

介護休業手当金請求書

組合員証 記号番号	—	所属 機関	名称 所在地	
組合員氏名		組合員の介護を必要とする者 氏名	標準報酬月額	23 等級 410,000 円
住所		続柄 ()	介護休業初日	令和 3 年 9 月 15 日
			介護休業末日	令和 3 年 11 月 30 日
請求期間	令和 3 年 9 月 15 日から 令和 3 年 9 月 30 日まで	12 日間	請求金額	130,224 円
山梨県市町村職員共済組合理事長 殿 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 組合員証の記号・番号、組合員氏名及び所属機関名（市町村・一部事務組合）を記入してください。

② 介護を必要とする者の氏名・組合員との続柄及び組合員の標準報酬月額を記入してください。

③ 介護を必要とする者の住所及び介護休業の期間を記入してください。

④ 請求期間、日数及び請求金額を記入してください。

⑤ 請求年月日と請求者の住所・氏名を記入してください。

⑥ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

※印欄は記入しないでください。

令和3年9月1日から令和3年9月30日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

令和3年9月1日 } 間 10割 168,153円 10/22
 令和3年9月14日 }
 令和3年9月15日 } 間 0割 19,636円 12/22
 令和3年9月30日 }
 年 月 日 } 間 割 円
 年 月 日 }
 令和 年 月 日

所属機関の長 職名
 又は
 給与事務担当者 氏名

印

①

勤務できなかった期間に対し支給した報酬（給料及び手当）の額及び所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）又は給与事務担当者の氏名等を記入し証明印を押印してください。

標準報酬月額 410,000円 × 1/22 =	標準報酬日額 18,640円 (10円未満四捨五入)
標準報酬日額 18,640円 × 67/100 =	① 12,488円 (円未満切捨)
雇用保険法第17条第4項 第2号ロに定める額(注) 16,530円 × 30日 × 67/100 × 1/22 =	給付上限相当額② 15,102円 (円未満切捨)
①又は②の いずれか低い額 支給日数 給付額 12,488円 × 12 日 = 149,856円	
給付額 控除額 給付決定額 149,856円 - 19,632円 =	130,224円

今回支給日数 (該当日に○印を付する。) 令和3年9月分					
水曜日	1	8	⑮	⑳	㉑
木	2	9	⑯	㉓	⑳
金	3	10	⑰	㉔	㉕
土	4	11	18	25	
日	5	12	19	26	
月	6	13	⑳	㉗	
火	7	14	㉑	㉘	

②

請求額を計算式により算出してください。(当組合のホームページの請求用紙に金額等を入力すると自動計算されます。)
 給付上限相当額は、令和4年7月31日までは15,102円です。(令和4年8月1日以降の給付上限額は別途お知らせします。)
 また、勤務を要する日のうち、介護休業手当金の支給対象日に○印をしてください。

支給日数：介護休暇を取得した日数。(時間単位の介護休暇を取得した日は除く)

控除額：介護休業手当金の支給期間中に支給された報酬(給料及び手当)を日額に直した報酬日額。

※ 支給開始日	※ 前回支給分	※ 今回支給分
年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日まで

(注) 当該金額が雇用保険法第18条の規定により変更された場合は、変更された後の額