

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--



介護休業手当金請求書

										決定額	※	円
組合員等記号番号		-			所属機関	名称						
組合員氏名					所在地							
組合員の介護を必要とする者	氏名及び続柄	続柄()	標準報酬月額			等級						円
	住所	同居・別居の別()	介護休業の期間	請求期間	令和	令和	年	年	月	月	日	日から
介護休業の初日		令和	年	月	日	請求金額			円			
介護休業の末日		令和	年	月	日							
各月休業日数及び請求額	月分		月分		月分		月分					
	日		日		日		日		円			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>高知縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>住所</p> <p>請求者 氏名</p>												
<p>給与支払に関する証明</p> <p>年 月 日から 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬(固定的給与+非固定的給与)を支払ったことを証明する。</p> <p>年 月 日 ~ 年 月 日 円</p> <p>年 月 日 ~ 年 月 日 円</p> <p>年 月 日 ~ 年 月 日 円</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属機関の長 職名</p> <p>又は</p> <p>給与事務担当者 氏名</p>												
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職名</p> <p>所属所長 氏名</p>												

- 備考) 1. 介護休業に関する所属機関の長の証明書を添付してください。
 2. ※印欄並びに裏面の計算書には記入しないでください。
 3. 請求者の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。