

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

伺 下記のとおり支給して
よろしいか。

**介護休業の日数を通算して
66日まで支給されます。**

入力

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

| | | | |
|--------------|---------------|------------------|-----------|
| 請求 期 間 | 平成〇〇年〇〇月〇〇日から | 決 定 金 額 | 〇〇, 〇〇〇 円 |
| | 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|-------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|---|-----------|---|---|
| 請求日 | 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | | | | | 所 属 所 | 〇 〇 市 役 所 | | |
| 組合員証 記号番号 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| 組合員 氏 名 | 共 済 太 郎 | | | 印 | | | 短 報 期 酬 標 月 準 額 | 平成 〇〇 年 〇〇 月 から 〇〇 等級 〇〇〇, 〇〇〇 円…A | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|---------|--|--|---------|--|--|----------|-----------------|--|--------------------------------|--|
| 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 | 共 済 梅 子 | | | (続柄 母) | | | 住 所 | 〇〇市〇〇町 〇-〇-〇 | | 平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------|----|----|----|----|----|----|---|--|
| 今回請求分 (該当日に 〇印を付する) 〇〇月分 | 曜日 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | (支給開始日) 平成〇〇年〇〇月〇〇日から (前回支給分) 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで (今回支給分) 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | | |
| | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | | |
| | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | |
| 請求回数 | 〇 回目 | | 29 | 30 | 31 | | | | 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで |

祝日は支給対象になりません。

【給与支払に関する証明】

請求月の報酬（本来の支給額）については下記のとおりであり、上記請求期間に対しては給与を支給していないことを証明する。

請求月の報酬額（本来の支給額）

| 種 別 | 金 額 | 種 別 | 金 額 |
|------|-----------|-------|----------|
| 給 料 | 〇〇〇, 〇〇〇円 | 扶養手当 | 〇, 〇〇〇円 |
| 地域手当 | 〇〇, 〇〇〇円 | 住居手当 | 〇〇, 〇〇〇円 |
| | 円 | 寒冷地手当 | 円 |
| | 円 | | 円 |
| | 円 | | 円 |

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

給与事務担当者

職名 〇 〇
氏名 〇 〇 〇 〇 印

(支給額の計算)

短期標準報酬月額 短期標準報酬日額
A × 1/22 = 〇〇, 〇〇〇 円
(10円未満四捨五入) … B

支給日額
B × 67/100 = 〇, 〇〇〇 円
(円未満の端数切捨) … C
※支給日額が上限額を超える場合は、上限額を記入

給付額
C × 20 日 = 〇〇, 〇〇〇 円
(土・日曜日、祝日を除く)

注：勤務しなかった期間に支払われた報酬額との調整を行った後の金額を送金します。

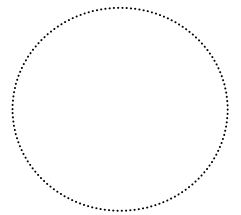
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

職名 〇 〇 市 長
所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇 印

印

受付印



1. 太線の中を記入してください。
2. 介護休業承認請求書の写し又は辞令の写しを添付してください。
3. 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. 請求書は1月につき1枚ずつ作成してください。
5. 任意継続組合員は請求できません。