

課長	係長	係員

伺 下記のとおり支給して  
よろしいか。

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	及 び 金 額	年 月 日から	決 定 金 額	円
		年 月 日まで		

請求日	年 月 日	所属所		
組合員証 記号番号	-			
組合員 氏名			短期標準 報酬の月額	等級
要介護者 の氏名	(続柄)		円…A	
介護休業承認期間		年 月 日から 年 月 日まで		

今回請求分	曜日							支給 開始日	年 月 日から
年 月分	1	2	3	4	5	6	7	前回 支給分	年 月 日まで
	8	9	10	11	12	13	14		
請求回数	15	16	17	18	19	20	21	今回 支給分	年 月 日まで
回目	22	23	24	25	26	27	28		
該当日に○印を付する	29	30	31						

### 【給与支払に関する証明】

請求月の報酬については下記のとおりあることを証明する。

請求月の報酬額（本来の支給額）

減額の対象となる手当等		減額対象外の手当	
給料	円	扶養手当	円
給料の調整額	円	住居手当	円
地域手当	円		円
	円		円
	円		円

勤務しなかった期間に対し支払われた報酬の額（裏面参照）

円…E

年 月 日

給与事務担当者  
職名  
氏名

### (支給額の計算)

標準報酬月額  
A × 1/22 = \_\_\_\_\_ 円…B  
(10円未満四捨五入)

支給日額  
B × 67/100 = \_\_\_\_\_ 円…C  
(円未満切捨て)

※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 × \_\_\_\_\_ 日 = \_\_\_\_\_ 円…D  
(土・日曜日、祝日を除く)

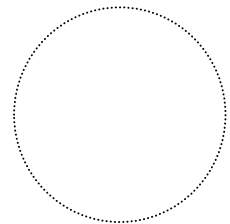
報酬との調整後の支給額  
D - E = \_\_\_\_\_ 円

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

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。

**【勤務しなかった期間に支払われた報酬の額】**

$(\text{給料月額} + \text{減額の対象となる手当}) \times 1 \text{日} / \text{介護休暇を取得した月の要勤務日数}$		
$\frac{\langle \text{勤務時間1時間当たりの給与額} \times \text{円未満四捨五入} \rangle}{7 \text{時間}45 \text{分} \times 5 \text{日} \times 52 \text{週}}$	$\times$	$\langle \text{1日当たりの勤務時間} \rangle$
$-\frac{(\text{給料月額} + \text{減額の対象となる手当}) \times 12 \text{月}}{7 \text{時間}45 \text{分} \times 5 \text{日} \times 52 \text{週}}$	$\times$	7時間45分
※網掛け部分がマイナスとなった場合は0円とする。		
$+$	$\frac{\text{減額対象外の手当} \times 1}{22}$	(円未満切捨て)
		$\times$ 介護休暇取得日数

※ 上記の介護休暇により勤務しなかった期間の給与額の算定方法(減額方法:網掛け部分)は、国家公務員の例です。勤務時間1時間当たりの給与額の算定方法等が条例と異なる場合は、条例による算定方法にて算出してください。

条例による算定方法にて、勤務しなかった期間に支払われた報酬の額を算出してください。

※通勤手当は原則として調整対象外

下記のとおり     別紙のとおり     請求月の給与の支給なし