休 業 手 当 金 請 求 書

所属所

受付年月日

※ 決 定 額	円

組合員等	記号	○○	フリガナ	○○○ ○○○	所属機関	名称 ○○○
	番号	○○	組合員氏名	○○○ ○○○		所在地 ○○○
勤務できなかった期間	令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日から 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日まで		勤務できなかった理由	○○○○○○○○○○○○○		
請求期間	令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日から 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日まで		標準報酬月額(短期)	○ 等級 ○○○,○○○ 円	請求金額	○○,○○○ 円

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 ○○ ○○

根拠規定	地方公務員等共済組合法第７０条第　　号に該当することを証明する。 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 証明者(所属所長) 職 名 ○○ 氏 名 ○○ ○○

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 ○○○ ○○○

氏 名 ○○ ○○

1　報酬の支給の有無欄は、所属機関の長または給与事務担当者の証明を受けてください。

2　※印欄は記入しないでください。

※決裁		事務局長	事務局次長	課 長	合 議	主 査

(R7.4.1)

※報酬日額の算定					
期間		令和　年　月　日から 日まで	令和　年　月　日から 日まで	令和　年　月　日から 日まで
上記期間の支給対象日数		日	日	日
報酬日額	報酬①(日額)	報酬①（月額）/支給対象日数 円	報酬①（月額）/支給対象日数 円	報酬①（月額）/支給対象日数 円
	報酬②(日額)	報酬②(月額)×支給割合/22 円	報酬②(月額)×支給割合/22 円	報酬②(月額)×支給割合/22 円
	合計	円	円	円
※報酬①（日々の勤務に対して支給される給与）、報酬②日々の勤務とは関係なく、一定の支給要件を満たせば定額が支給される給与				

※

標準報酬月額　　標準報酬日額（10円未満四捨五入）

円×1/22　＝　円

標準報酬日額　　給付日額（円未満四捨五入）

円×50/100　＝　円

支給決定額　支給日数　給付額

円×　日　＝　円

給付額　控除額　給付決定額

円－　円　＝　円

今回支給日数（該当日数に〇印を付する。）

月　分

曜日	1	8	15	22	29
曜日	2	9	16	23	30
曜日	3	10	17	24	31
曜日	4	11	18	25	
曜日	5	12	19	26	
曜日	6	13	20	27	
曜日	7	14	21	28	

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

<休業手当金>
〇 組合員が次の事由で欠勤したため報酬の一部又は全部が支給されない場合、その期間1日につき標準報酬日額の50/100に相当する額を支給します。
なお、2.～4.のについては、(　)の期間内で欠勤した期間支給します。

1. 被扶養者の病気又は負傷
2. 組合員の配偶者の出産(14日)
3. 組合員の公務によらない不慮の災害又は被扶養者に係る不慮の災害(5日)
4. 組合員の婚姻、配偶者の死亡又は二親等内の血族若しくは一親等の姻族で主として組合員の収入により生計を維持するもの若しくはその他の被扶養者の婚姻若しくは葬祭(7日)

〇添付書類
　初回請求の場合、「条例の写」及び「出勤簿の写」