共済組合
受付年月日

所属所
受付年月日

介護休業手当金請求書

※ 決 定 額	円

組合員等	記号		組合員氏名		所属機関	名称
	番号					所在地
介護休業の期間	初日	令和　年　月　日			介護休業手当金請求期間	令和　年　月　日から
	末日	令和　年　月　日				令和　年　月　日まで
組合員の介護を必要とする者	フリガナ		続柄	住所	同居・別居	
	氏名					

請求期間に対する報酬の支給の有無（いずれかに〇をしてください）	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

標準報酬月額（短期）	等級 円	請求金額	円

各月休業日数及び請求金額	月分	月分	月分	月分
	日	日	日	日
	円	円	円	円

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　介護休業に関する所属機関の長の証明書（介護休業承認書の写等）及び条例の写しを添付して提出してください。
　＊初回請求時のみ。ただし、介護休業の期間に変更があった場合は、変更後の証明書を添付してください。
2　出勤簿の写を添付して提出してください。
3　休業中の報酬支給「有」の場合、報酬支給額証明書を添付してください。
4　※印欄は記入しないでください。

※決裁	令和　年　月　日	事務局長	事務局次長	課　長	合　議	主　査

(R7.4.1)

＜介護休業手当金＞

○ 組合員が、要介護家族を介護するため任命権者の承認を受けて介護休業をした場合は、当該介護休業により勤務に服さなかった期間1日につき、標準報酬日額（＊1）の100分の67に相当する金額を支給します。

＊1）標準報酬日額 ＝ 標準報酬月額 ÷ 22日

給付額 ＝ 標準報酬日額 × 67／100 × 支給日数

○ 支給期間は、日数を通算して66日までです。

○ 勤務を要しない日（土・日曜日）については、支給対象となりません。

○ 支給期間に係る報酬が支給されている場合は、報酬との調整がなされます。

○ 給付上限相当額について

介護休業手当金に係る1日あたりの支給額については、雇用保険法による介護休業給付に準じた給付上限相当額が設けられており、この額を超える場合は給付上限相当額が適用されます。

・ 給付割合が67／100の場合・・・15，778円（令和6年8月1日現在）

○ 添付書類

1. 介護休業に関する所属機関の長の証明書（介護休業承認書の写し等）
（初回請求時のみ。ただし、介護休業の期間に変更があった場合は必要。）
2. 条例の写し（初回請求時のみ。）
3. 出勤簿の写し