

介護休業手当金請求書



※ 決 定 額 円

組合員証	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○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		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					

- 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。
- 出勤簿の写を添付して提出してください。
- 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。
- ※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