

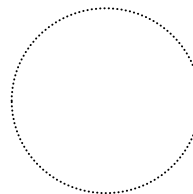
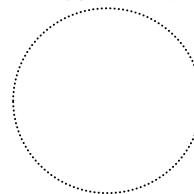
給付種別
260

介護休業手当金請求書

令和 年 月分～ 月分

所属所受付印

共済組合受付印



該当する□にはレ印を記入してください。

組合員証記号番号又は個人番号		組合員氏名		所属機関の名称	

組合員の介護を必要とする者	氏名				性別	☐ 男 ☐ 女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 令和 (歳)			組合員との続柄	
	住所				同居区分	☐ 同居 ☐ 別居

介護休業承認期間					
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日			

標準報酬月額	_____ 等級	円
--------	----------	---

介護休業手当金の請求期間					
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日			

請求金額	円
------	---

上記のとおり請求します。
岡山県市町村職員共済組合理事長 様
令和 年 月 日 住所 請求者 氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名

(2022.1改訂)

【添付するもの】

- ①介護休業に関する所属機関の長の証明書（介護休暇承認簿の写し等）
- ②出勤簿の写し
- ③給与簿の写しに原本証明したもの又は報酬支給額証明書

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

局長	課長	課長補佐	係長	係	決定年月日

支給年月
令和 年 月
令和 年 月
令和 年 月

支給日数
日
日
日

決定額
円
円
円

合計日数
日

合計決定額
円