

所属所受付印

共済組合受付印

給付種別

260

介護休業手当金請求書

令和 年 月分～ 月分

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
〇〇〇-123456

組合員氏名	共済 花子
-------	-------

所属機関の名称	〇〇市
---------	-----

組合員の介護を必要とする者	氏名	共済 長太郎	性別	☒ 男 ☐ 女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 令和 〇〇 〇〇 〇〇 (歳)	組合員との続柄	父
	住所	〇〇市△△町〇-〇-〇	同居区分	☒ 同居 ☐ 別居

介護休業承認期間		等級
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	～ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
介護休業手当金の請求期間		
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	～ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	

介護休業の承認が長期間であっても、手当金の請求は、「介護を必要とする1つの継続する状態につき通算して66日が限度」となりますので、ご注意ください。

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

〇〇市△△町〇-〇-〇

請求者

氏名

共済 花子

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます

この欄は所属所担当課で記入します

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