

給付種別

260

介護休業手当金請求書

平成 年
月分～ 月分

※該当する□にチェック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	昭和・平成 年 月 日 (歳)		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日			組合員との続柄
	住所			同居区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
介護休業承認期間				標準報酬月額
平成 年 月 日	～	平成 年 月 日		_____等級 円
介護休業手当金の請求期間				請求金額
平成 年 月 日	～	平成 年 月 日		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				
平成 年 月 日		住所	請求者	氏名 <input type="checkbox"/>
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。				
平成 年 月 日		職名	所属所長	氏名 <input type="checkbox"/>

(2017.1 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	支給日数
平成 年 月	日
平成 年 月	日
平成 年 月	日
平成 年 月	日

決定額
円
円
円
円

合計日数
日

合計決定額
円

合計決定額
円

