

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。

組合員等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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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

(2024.12改訂)

【添付するもの】

- 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）
- 出勤簿の写し
- 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