

# 介護手当金請求書

様式第3号 (表面)

所属所名				決定額	※ 円		
共済組合員証 記号番号	公立鳥取	(フリガナ)		性別		会 員 生年月日	年 月 日
		会員氏名					
介護を必要とする者の氏名			会員との続柄		介護を必要とする者の住所		
介護休暇 承認期間	年 月 日から	年間	年 月 日まで	介護休暇時の 給料月額	職 (1) (2) 級 号給	本俸 円	
請求期間	年 月 日から	日間	年 月 日まで	請求額	円		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人鳥取県教育関係職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 氏名 印</p>							

- 1 裏面に給与事務担当者の証明を受けた上、互助会に提出してください。
- 2 出勤簿の写しを添付してください。
- 3 ※の欄には記入しないでください。
- 4 請求者自ら署名する場合は、押印は不要です。

様式第3号 (裏面)

年 月 日から 年 月 日まで勤務しなかった期間に対して、次の金額の給料が減額されたことを証明する。

令和 年 月 日

減額された給料額	円
----------	---

職 名

給与事務担当者

氏 名

印

減額された給料の額 ×  $\frac{60}{100}$  = 給付金額  
 円 (円位未満切捨て)

給付金額 - 介護休業手当金請求額 = 請求額  
 円 円 円

給与減額対象時間数										月分	
曜日	日	時間	日	時間	日	時間	日	時間	日	時間	
	1		8		15		22		29		
	2		9		16		23		30		
	3		10		17		24		31		
	4		11		18		25				
	5		12		19		26				
	6		13		20		27				
	7		14		21		28		合計		

(該当日に○を付け、時間数を記入する。)