

記入例

日中連絡のつく電話番号、
内線番号等を記入

介護休業手当金請求書

決定額
※ 記入不要 円

組合員等 記号番号	401-XXXXXX	組合員氏名	防衛 太郎	所属部局課 (部隊名) 連絡先電話番号	○○課 XXX-XXXX-XXXX (内線番号 XXXXX)
請求期間	○○○○年 ○月 ○日から ○○○○年 ○月 ○日まで	標準報酬	○級 ○○万円 (月額)	請求金額	記入不要 円
人事担当 者の証明	介護休業期間又は介護休暇を承認した期間	年 月 日が 給付事由の生じた日の標準報酬の等級及び月額を記入			
	上記のとおり相違ありません。 年 月	官職	証明者	氏名	
介護休業期間について人事担当者の証明を受ける 上記のとおり請求します。 防衛省共済組合 市ヶ谷センター所属所長 殿					
記入不要		日	住所 東京都○○区○○○ 請求者 氏名 防衛 太郎		

年 月 日から	年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。	年 月 日
年 年 年 年 年 年 月 月 月 月 月 月 日 日 日 日 日 日	間 割 円 間 割 円 間 割 円	給与事務担当者 官職 氏名
給与事務担当者記入欄		
※ 雇用保険法第17条第4項 第2号ロに定める額 $\times 30 \times \frac{40}{100} \div 22 =$ 雇用保険給付相当額…① (端数処理は行わない)		
標準報酬の月額 $\div 22 =$ 標準報酬の日額 $\textcircled{2}$ (五円未満の端数は切り捨てて、五円以上十円未満の端数は十円に切り上げ) $\times \frac{40}{100} =$		
$\textcircled{1}$ 又は $\textcircled{2}$ のいずれか 低い額 (1円未満切り捨て) \times 支給日数 = 給付額 $\textcircled{3}$ 記入不要		
給付額 - 控除額 = 給付決定額		
今回支給日数 月分 [該当日に○印を付す]		
曜日 1 8 15 22 29 2 9 16 23 30 3 10 17 24 31 4 11 18 25		
振込先を選択する。公金受取口座ではなく指定の口座で受取を希望する場合は、下部に振込先を記入して振込先の分かるもの（通帳のコピー等）を添付する。		
※ 支給開始日	※ 前回支給分	月 日分まで
年 月 日分から	年 月 日分まで	

振込先口座（職員名義の国内口座を記入）公金受取口座希望（する / しない）
(公金受取口座への振込を希望する場合は、公金受取口座の「する」を選択し、振込先は記入不要です。)

銀行 _____ 支店 _____ 普通
当座 口座番号 _____ フリガナ
名義人 _____