

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-XXXXXXX	組合員氏名	防衛 太郎	所属部局課 (部隊名) 連絡先電話番号	〇〇課 XXX-XXXX-XXXX (内線番号 XXXXX)
請求期間	〇〇〇〇年 〇月 〇日から 〇〇〇〇年 〇月 〇日まで	標準報酬	〇 級 〇〇万円 (月額)	請求金額	〇〇,〇〇〇円

金額が不明の場合は空欄

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 から 年 月 日 上記のとおり相違ありません。	人事担当者記入欄 証明者 官 職 氏 名	給付事由の生じた日の標準報酬の等級及び月額を記入
--------------	---	----------------------------	--------------------------

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

〇年 〇月 〇日

請求者 住 所 〒XXX-XXXX
東京都〇〇区〇〇〇
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	} 間 割 円	給与事務担当者記入欄	年 月 日
年 月 日			
年 月 日	} 間 割 円	給与事務担当者	官 職
年 月 日			
年 月 日	} 間 割 円	氏 名	
年 月 日			

※ 雇用保険法第17条第4項 雇用保険給付相当額...① (端数処理は行わない)
第2号ロに定める額 $\times 30 \times \frac{40}{100} \div 22 =$

標準報酬の月額 $\div 22 =$ 標準報酬の日額 $\times \frac{40}{100} =$
② (五円未満の端数は切り捨て、五円以上十円未満の端数は十円に切り上げ)

①又は②のいずれか低い額 (1円未満切り捨て) \times 支給日数 = 記入不要

給付額 - 控除額 = 給付決定額

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	
年 月 日から	年 月 日分まで	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