

課長	補佐・主幹	係長	係	関係職員

### 介護休業手当金請求書

組合員証記号番号		組合員氏名		所属所名	
〇〇〇	〇〇〇〇	静岡 太郎		〇〇市	
介護を必要とする者の氏名、続柄及び住所					
氏名	静岡 幸子		続柄	母	住所
					〇〇市〇〇町1-2-3
介護期間			請求期間		
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から			令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から		
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで			令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		
標準報酬(短期)	等級	〇	月額	〇〇〇〇〇〇 円	
各月休業 日数及び 請求金額	〇 月分	月分	月分	月分	月分
	〇〇 日 〇〇〇〇〇〇 円	← 実際に介護休暇を 取得した日数	日 円	日 円	日 円
介護休業に関する 所属所長の証明		地方公務員等共済組合法第70条の3に該当することを証明する。 (所属所長による承認期間 令和 〇〇年〇月〇日～令和 〇〇年〇月〇日 〇〇日間 令和 〇〇年〇月〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">印</span> 印			
上記のとおり請求いたします。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">           請求者 住所 〇〇市〇〇町1-2-3            氏名 静岡 太郎         </div>					
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">           所属所長 職名 〇〇市長            氏名 〇〇 〇〇         </div>					

上記期間の報酬額を確認するため、「報酬支給額証明書」を添付してください。