

介護休業手当金申請書

		事務局長			係長			係員					
											(給与担当)		
給付開始日	(西暦) 年 月 日	会社名・所属部署										課長	
氏名			共済組合員番号										
介護対象者(続柄)	()												
介護休業期間	(西暦) 年 月 日から												係長 現業長
	(西暦) 年 月 日まで	日間											
¥ _____		1カ月当たり本給月額×10%相当額											係員
		_____ × 10% =											
		1カ月当たり本給月額×40%相当額 (雇用保険による介護休業給付金の対象とならない場合)											
		_____ × 40% =											
		※1カ月を超え、1カ月未満の端数を生じた場合の計算式											
		$\frac{\text{1カ月未満の日数}}{30}$ <small>(小数点以下第2位を四捨五入)</small>											
上記事実と相違ないことを証明します。													
(西暦) 年 月 日 _____ 所属長 _____ 印													
<p>(注)</p> <p>配偶者、子、本人及び配偶者の父母、祖父母、兄弟姉妹介護のため、1カ月以上休業した組合員(所属会社の認める介護休職者)に支給する。 ただし、1要介護者に対して最長1年とし、1カ月未満については支給しない。(分割も含む)</p> <p>また、同一介護者に対する重複は認めない。 分割取得した場合は、分割期間ごとに支給額を算出する。</p>													
受付日		支払日		受領印									

※第1回目の申請時は、医師の証明書、介護者所属会社の人事担当責任者の副申書を添付して下さい。