

# 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の10%相当額			係員
			_____ × 10% =			
		1カ月当たり本給月額の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				
		$\frac{\text{1カ月未満の日数}}{30}$ (小数点以下第2位を四捨五入)				
上記事実相違ないことを証明します。						
(西暦) 年 月 日		所属長 _____			印 _____	
(注) 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) 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。						
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。