

給付種別	区分
0	4
	2

介護休業手当金 (共済) 請求書 介護助成金 (互助)

												申出 区分		1 介護休業手当金・介護助成金請求 2 介護休業期間変更									
組合員(会 員 氏 名				組合員証 (会 員) 記 号 番 号				公立 岡 山		/													
所属機関の名称及び所在地 (所属コード:)				生年月日				3 昭和 4 平成		年		月		日									
要介護者氏名及び住所 (続柄:)				請求に係る 期 間				4 平成 5 令和		年		月		日		か ら							
休暇の形態				1. 連続 : 2. 断続 1. 日単位 : 2. 時間単位 (時間)				4 平成 5 令和		年		月		日		ま で							
標準報酬の等級及び月額				第 級 円				給料月額 (給料の調整額及び 教職調整額含む)				円											
請求日数				日				請 求 金 額				円											
介護休暇の 初日及び末日				初日		平成 令和		年		月		日		末日		平成 令和		年		月		日	
支給額		※ 介護休業手当金				円				※ 介護助成金				円									
介護休暇承認(変更後)期間 年 月 日から 年 月 日まで 1 上記介護休暇承認期間については相違ないことを証明する。 2 上記介護休暇承認期間の変更については相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 所属機関の長職氏名 職印																							
請求期間 年 月 日から 年 月 日までの勤務しなかった期間に 対して次の金額の報酬(給料)を支払ったことを証明する。 <div style="text-align: center;">◆ _____ 円</div> 令和 年 月 日 所属機関の長又は給与事務担当者 職 名 氏 名 印																							
上記のとおり請求します。												所属所受付印						支部(互助組合)受付印					
公立学校共済組合岡山支部長 殿 (一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名																							

この請求書は、各月ごとに提出してください。※欄は、記入しないこと。

介護休暇:日単位取得の場合

控除額の算定表と
介護休業手当金・助成金計算書を
添付してご提出ください。

給付種別	区分
0	4 2

介護休業手当金 (共済)
介護助成金 (互助) 請求書

組合員(会 員 氏 名		岡山 太郎		組合員証 (会 員) 記 号 番 号	公立岡山	A	○	○	○	○	○	○			
所属機関の名称及び所在地		△△市立○○学校 △△市○○町○-○ (所属コード: 0A000) (続柄: 父)		生年月日	3 昭和 4 平成	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
要介護者氏名及び住所		岡山 一男 ○○市○○町○-○		請求に係る 期 間	4 平成 5 令和	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
休暇の形態		①. 連続 : 2. 断 続 ①. 日 単 位 : 2. 時間単位 (時間)			4 平成 5 令和	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
標準報酬の等級及び月額		第 ○ 級 ○○○,○○○ 円		給料月額 (給料の調整額及び 教職調整額含む)		○○○,○○○		円							
請求日数		2 0 日		請求金額		353,040		円		※週休は除く					
介護休暇の初日及び末日		初日 平成 令和		○		○		○		○		○		○	
支給額		※ 介護休業手当金		円		※ 介護助成金		円							
介護休暇承認(変更後)期間 令和 ○ 年 2 月 1 日から 令和 ○ 年 4 月 30 日まで															
1 上記介護休暇承認期間については相違ないことを証明する。 2 上記介護休暇承認期間の変更については相違ないことを証明する。															
令和 ○ 年 5 月 1 日 所属機関の長職氏名 △△市立○○学校長 ○○ ○○															
介護休暇の初日から 末日までを記入															
請求期間令和 ○ 年 4 月 1日から令和 ○ 年 4 月 30日までの勤務しなかった期間に 対して次の金額の報酬(給料)を支払ったことを証明する。															
◆ 38,800 円															
令和 ○ 年 5 月 1 日 所属機関の長又は給与事務担当者 職 名 △△市立○○学校長 氏 名 ○○ ○○○															
ホームペー ◆控除額の算定表参照															
上記のとおり請求します。															
公立学校共済組合岡山支部長 殿 (一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿 令和 ○ 年 5 月 1 日 住所 ○○市○○町○-○ 請求者 氏名 岡山 太郎															
所属所受付印															
支部(互助組合)受付印															
所属所受付印															

介護休暇:時間単位取得の場合

時間単位毎に介護助成金請求書と
介護助成金計算書を作成し、ご提出ください。

給付種別	区分
042	

介護休業手当金 (共済) 介護助成金 (互助) 請求書

		① 介護休業手当金・介護助成金請求 ② 介護休業期間変更	
組合員(会 員 氏 名	岡山 太郎	組合員証 (会 員) 記号番号	公立岡山 A ○ ○ ○ ○ ○
所属機関の名称及び所在地	△△市立○○学校 △△市○○町○-○ (所属コード: 0A000) (続柄: 父)	生年月日	3 昭和 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 4 平成 ○ ○ ○ ○ ○ ○
要介護者氏名及び住所	岡山 一男 ○○市○○町○-○	請求に係る	4 平成 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 5 令和 ○ ○ ○ ○ ○ ○
休暇の形態	①. 連続 : 2. 断 続 1. 日 単位 : ②. 時間単位 (2 時間)	期 間	4 平成 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 5 令和 ○ ○ ○ ○ ○ ○
標準報酬の等級及び月額	第 ○ 級 ○○○,○○○ 円	給料月額 (給料の調整額及び 教職調整額含む)	○○○,○○○ 円
請求日数	2 0 日 ※週休は除く	請求金額	95,018 円
介護休暇の初日及び末日	初日 平成 ○ ○ ○ ○ 2 0 1 末日 平成 ○ ○ ○ ○ 4 3 0		
支給額	※ 介護休業手当金	※ 介護助成金	
介護休暇承認(変更後)期間 令和 ○ 年 2 月 1 日から 令和 ○ 年 4 月 30 日まで 1 上記介護休暇承認期間については相違ないことを証明する。 2 上記介護休暇承認期間の変更については相違ないことを証明する。 令和 ○ 年 5 月 1 日 所属機関の長職氏名 △△市立○○学校長 ○ ○ ○ ○			
介護休暇の初日から 末日までを記入			
請求期間 年 月 日から 年 月 日までの勤務しなかった期間に 対して次の金額の報酬(給料)			
令和 年 月 日 記入不要			
所属機関の長又は給与事務 氏 名 (印)			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合岡山支部長 殿 (一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿 令和 ○ 年 5 月 1 日 住所 ○○市○○町○-○ 請求者 氏名 岡山 太郎		所属所受付印 	支部(互助組合)受付印

この請求書は、各月ごとに提出してください。※欄は、記入しないこと。