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

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：　　）	組合員の生年月日	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	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）		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	令和		年		月		日	末日	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。

◆　　円

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 請求者　住所 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）請求書
介護助成金（互助）請求書

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	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　）	組合員の生年月日	③昭和 ④平成	○○年○○月○○日
要介護者氏名及び住所	（続柄：　父　） 岡山　一男 ○○市○○町○-○	請求に係る期間	令和	○○年04月01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）		令和	○○年04月30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	20　日 ※週休は除く	請求金額		353,040　円
介護休暇の初日及び末日	初日　令和○○年02月01日	末日	令和	○○年04月30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　令和　○　年　2　月　1　日　から　令和　○　年　4　月　30　日　まで

介護休暇の初日から
末日までを記入

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　○○　○○　△△市立○○学校長印　職印

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

ホームページ
◆控除額の算定表参照

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　○○　○○○　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
所属所受付印	

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。

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
0 4	2

介護休業手当金（共済）
介 護 助 成 金（互助）請求書

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	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　）	組合員の生年月日	③昭和 ④平成	○○年○○月○○日
要介護者氏名及び住所	（続柄：　父　） 岡山　一男 ○○市○○町○-○	請求に係る期間	令和	○○年0月4日0日から
休暇の形態	①.連　続　：　2.断　続 1.日　単位　：②.時間単位（　2 時間）		令和	○○年0月3日0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	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　令和　○○年0月2日0日	末日	令和	○○年0月4月3日0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　令和　○　年　2　月　1　日から　令和　○　年　4　月　30　日まで

介護休暇の初日から
末日までを記入

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　○○　○○　職印

△△市立○○学校長印

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

記入不要

令和　　年　　月

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
所属所受付印	

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。