

共済組合 介護休業手当金（変更）請求書
 互助組合 休業手当金（介護）請求書（変更）

C #	共済									
W5	2									
給付 コード	所属所 コード	組合員証番号	請求月分		性別・生年月				決定額	
			年	月	性別	年号	年	月	日数	共済組合
	30322	12345	29	06	2	3	〇〇	△△		
介護を必要とする者の氏名 続柄 介護を必要とする者の住所 田中 はる子 義母 養老郡養老町〇〇123-4										
介護休暇承認の期間 (変更後の期間)		平成29年4月1日から平成29年6月30日まで (平成29年4月1日から平成29年6月7日まで)								
請求期間		平成29年6月1日から平成29年6月7日まで								
標準報酬月額		24 等級 440,000 円								
給料		教育職（三） 02 級 149 号給 429,936 円								
請求金額		共済組合				互助組合				
		67,000 円								円
資格取得年月日		共済組合				互助組合				
		昭和〇〇年4月1日				年 月 日				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合岐阜支部長 様 一般財団法人 岐阜県教職員互助組合理事長 様 平成29年6月8日 請求者 住所 養老郡養老町〇〇123-4 氏名 田中 みどり (田中) 印										
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成29年6月8日 所属所名 養老町立養老小学校 所属所 所属所長名 校長 〇〇 〇〇 (職印) TEL (0584) 32 - 0019										

注 1.裏面に給与事務担当者の証明を受けたいうえ、組合に提出してください。
 2.請求金額については裏面を参考に算出してください。

添付書類 介護休暇承認申請書・出勤簿の(写)を添付してください。

<AQKP0030355>

平成29年6月1日 から 平成29年6月7日 まで勤務しなかった
期間に対して、次の金額の給料を支払ったことを証明する。

平成29年6月1日 } 間 〇, 〇〇〇 円
 平成29年6月7日 } 間 円
 } 間 円

平成 29 年 6 月 8 日

給与事務担当者 職名 事務職員
 氏名 △△ △△ (印)

今回支給日数（該当日） に 印を付ける						給料日額計算式	上限該当日額
曜日	06 月 分						円
木	1	8	15	22	29	標準報酬月額（共済組合）	円
金	2	9	16	23	30	$\text{円} \times \frac{1}{22} =$	（10円未満四捨五入）
土	3	10	17	24	31		給 料 （互助組合）
日	4	11	18	25			（10円未満四捨五入）
月	5	12	19	26			
火	6	13	20	27			
水	7	14	21	28			

共済組合

共済標準報酬日額 控除額 支給日数

$$\left\{ \left(\text{円} \times \frac{67}{100} \right) - \text{円} \right\} \times \text{日} = \text{円}$$

（円位未満切り捨て）

互助組合

互助給料日額 支給日数

$$\left(\text{円} \times \frac{67}{100} \right) \times \text{日} = \text{円}$$

（円位未満切り上げ）

支給開始日	前回支給分	今回支給分
平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	平成 年 月 日 まで