

介護休業手当金請求書

共済組合
受付印

所属コード	1 2 3 4 5	組合員種別 <input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短期	所属所 名 称	〇〇局
職員番号	1 2 3 4 5 6 7			
組合員 氏 名	フリガナ キョウサイ ハナコ 共済 花子		要介護者 氏 名	共済 一郎 (父)
標準報酬 月 額	等 級 〇〇 級	月 額 〇〇〇,〇〇〇 円	介護が必要となった理由(傷病や状態など) 〇〇〇〇〇〇のため	
要介護者の住所		大阪市〇〇区〇〇 ×-×-×		
介護休業承認期間		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで		
介護休業手当金 請求期間		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで		
雇用保険からの 介護休業給付の支給		<input checked="" type="checkbox"/> 無 (雇用保険未加入) その他:) <input type="checkbox"/> 有 (支給不可、雇用保険法の介護休業給付が受けられる場合は支給されません。)		
本請求に係る要介護者に対して、過去に同一の理由での介護休暇の取得状況がある場合のみ ご記入ください。 (1回目) 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで (2回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日 まで				
上記のとおり、 地方公務員等共済組合法第70条の3の規定に基づき請求します。 <div>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</div> <div>住 所 大阪市〇〇区〇〇 ×-×-×</div> <div>組合員 氏 名 共済 花子</div> <div>連絡先(電話番号) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</div> <div>大阪市職員共済組合理事長 あて</div>				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属機関の長 職 名 氏 名 <div>所属所(市長部局にあっては総務事務センター)において証明しますので、記入する必要はありません。</div>				

注) 所属所(市長部局にあっては総務事務センター)を通じて速やかに提出してください。