

色付けされた欄に必要事項を記入してください。(提出する書類には色を付けないでください。)

## 介護休業手当金請求書

		決定額		※		円		共済組合 審査欄	
組合員証 記号番号	0820-1234567890		組合員氏名	農林 共太		所属局(部) 課名	〇〇局△△課		
請求期間	令和 2 年 11 月 1 日 から 令和 2 年 11 月 30 日 まで	標準報酬	29 級 590,000 円(月額)	請求金額	円				
人事担当者 の証明	介護休業又は介護休暇を承認した期間 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日		令和 2 年 11 月 1 日 から 令和 2 年 12 月 31 日 まで		証明者 官 職 氏 名				
上記のとおり請求します。									
農林水産省共済組合事務執行者 殿									
令和 年 月 日									
請求者 住所 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇 氏名 農林 共太									

振込先口座欄にも記入をお願いします。  
ゆうちょ銀行の場合は、通帳下部の店名・口座番号を記載してください(通帳上部に記載の記号番号は口座番号ではありません)。

カード紛失センター 0120-794889

通常貯金ご利用の上限額 13,000,000円

振込用の店名・預金種目・口座番号

他の金融機関から振込を受ける際は、こちらの店名・預金種目・口座番号をお振込人さまにお知らせください。(窓口に通帳をお持ちいただいた際に、この部分を記載いたします。)

この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次の内容をご指定ください  
【店名】一九八(読み イチキウハチ)  
【店番】198【預金種目】普通預金【口座番号】0123456

※印欄は記入しないで下さい。

振込先口座(職員名義の国内口座を記入) 公金受取口座希望 (する / しない)  
※公金受取口座への振込みを希望する場合は、公金受取口座希望の「する」を選択し、振込先は記入不要です。

給付金振込先 〇〇 銀行 〇〇 本・支店

普通・当座 口座番号 0123456 フリガナ名義人 農林 共太

令和 年 月 日から 令和 年 月 日における給与月額及び介護休暇により減額される  
 給与について、下記のとおり証明する。

令和 年 月 日	}	間	割	円	令和 年 月 日	官職
〃 年 月 日						
〃 年 月 日	}	間	割	円	給与事務担当者	氏名
〃 年 月 日						
〃 年 月 日	}	間	割	円		
〃 年 月 日						

※ 雇用保険法第17条第4項  
 第2号ハに定める額  $\times 30 \times 67/100 \div 22 =$  雇用保険給付相当額...①

標準報酬の月額  $\div 22 =$   $\left( \begin{array}{l} \text{五円未満の端数は切り捨て、} \\ \text{五円以上十円未満の} \\ \text{端数は十円に切り上げ} \end{array} \right) \times 67/100 =$  標準報酬の日額...②

①又は②のいずれか低い額

給付日額  $\times$  支給日数  $=$  給付額

給付額  $-$  控除額  $=$  給付決定額

今回支給日数					
月分 (該当日に)					
〇印を付す					
日曜日	1	8	15	22	29
月曜日	2	9	16	23	30
火曜日	3	10	17	24	
水曜日	4	11	18	25	
木曜日	5	12	19	26	
金曜日	6	13	20	27	
土曜日	7	14	21	28	

※ 支給開始日	※ 前回支給分	※ 今回支給分
令和 年 月 日分	令和 年 月 日分まで	令和 年 月 日分まで