様式第１０号の３

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 決定額 | | | ＊  円 |
| 組合員証記号番号 | | | | 組合員名前 | | | | | | | 所　属　機　関 | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | 名　称 | | |  | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | |
| 介護を  必要とする者 | 名　　　前 | | | |  | | | | | | | | | | 続　柄 | | |  |
| 住　　　所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 介護休業の初日 | 年　　月　　日 | | | | | | 変更後の  介護休業の初日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | 介護休業手当金の請求期間 | | |
| 年 月 日から  年 月 日まで | | |
| 介護休業の末日 | 年　　月　　日 | | | | | | 変更後の  介護休業の末日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 各月休業日数  及び請求額 | | | 月分 | | | | | | 月分 | | | 月分 | | | | | 月分 | |
| 日 | | | | | | 日 | | | 日 | | | | | 日 | |
| 円 | | | | | | 円 | | | 円 | | | | | 円 | |
| 標準報酬の等級及び月額 | | | | | | 調　整　額 | | | | | | | | 請　求　額　合　計 | | | | |
| 等級  円 | | | | | | ＊  円 | | | | | | | | 円 | | | | |
| 給　付　日　額 | | ＊  円 | | | | | | 支　給　日　数 | | | | | ＊  日 | | | | | |
| 上記のとおり請求します。  　　　　　広島県市町村職員共済組合理事長　様  　　　　　　　　　　年　　月　　日    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　前 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属所長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　前 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共済組合受付印 |  | | | | |
|  |
| 課　　長 | 課長補佐 | 係　　長 | 主　　務 | 係 |
|  |  |  |  |  |

（注）１.　組合員証の記号番号欄には、組合員証の記号番号又は個人番号を記入してください。

２．介護休業に関する所属機関の長の証明書、報酬支給額証明書、出勤簿の写しを添付のうえ、組合に提出してください。

　　　３．介護休業の期間に変更があった時は、変更の期間を記入し、期間の変更に関する所属機関の長の証明書を添 付してください。

４．＊印欄は記入しないでください。

　　　（この請求書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。）