

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

介護休業手当金請求書

組合員証記号番号		組合員氏名		所属所名	
介護を必要とする者の氏名、続柄及び住所					
氏名		続柄		住所	
介護期間			請求期間		
令和 年 月 日から			令和 年 月 日から		
令和 年 月 日まで			令和 年 月 日まで		
標準報酬(短期)		等級	月額	円	
各月休業日数 及び請求金額	月分	月分	月分	月分	月分
	日	日	日	日	日
		円	円	円	円
介護休業に関する 所属所長の証明	<p>地方公務員等共済組合法第70条の3に該当することを証明する。</p> <p>(所属所長による承認期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名 印</p>				
<p>上記のとおり請求いたします。</p> <p>静岡県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名</p>					
<p>上記の記載事項は事実と相違ないことを確認しました。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>					

上記期間の報酬額を確認するため、「報酬支給額証明書」を添付してください。