

(運営規則第14条関係)

所属所受付印

年 月 日

(互) 介護休暇手当金請求書

組合員氏名 組合員証番号	所属所名 所属コード	請求期間						給付日数	
		年号	年	月	始日	終日			
		5							

要介護者の氏名	組合員との続柄	
介護休暇の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
組合員生年月日	昭和 平成 年 月 日生	互助組合給付決定額 ※
介護休暇取得年度の 4月1日時点の組合員の年齢	満 歳	

今回請求期間 令和 年 月分 日間							初回請求 / 2回目以降の請求				
曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	① 45歳未満の組合員				
1	2	3	4	5	6	7	日額(円) 5,000	×	請求日数(日)	=	請求金額(円)
8	9	10	11	12	13	14					
15	16	17	18	19	20	21	② 45歳以上の組合員				
22	23	24	25	26	27	28	日額(円) 7,000	×	請求日数(日)	=	請求金額(円)
29	30	31									

※介護休暇を取得した日に○を記入し、勤務を要しない日(週休日、祝日等)には斜線を記入してください。
ただし、共済組合等から介護休業手当金を受給している期間は給付対象外です。

介護休暇手当金を上記のとおり請求します。

一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長様

令和 年 月 日

請求者

住所

氏名

印

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

所属長

職名

氏名

職印

- 添付書類は、休暇簿(介護休暇用)の写し、出勤簿の写し(それぞれ所属長の原本証明が必要)です。
- 2回目以降の請求であっても、もれなく添付して提出してください。
- ※欄は記入しないでください。