

# 介 護 手 当 金 請 求 書

様式第9号 (表面)

所 属 所 名				決 定 額	※ 円					
共済組合員証 記 号 番 号	公立鳥取	(フリガナ)		性 別		会 員 生年月日	昭 和	年	月	日
		会 員 氏 名				平 成				
介護を必要とする者の氏名	会 員 と の 続 柄			介 護 を 必 要 と する 者 の 住 所						
介 護 休 暇 承 認 期 間	平成	年	月	日 から	介 護 休 暇 時 の 給 料 月 額	職 (1) (2) 級 号 給				
	平成	年	月	日 まで		日 間 本 俸 円				
請 求 期 間	平成	年	月	日 から	請 求 額	円				
	平成	年	月	日 まで						
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人鳥取県教育関係職員互助会理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請 求 者 住 所 氏 名 印</p>										
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所 属 所 長 職 名 氏 名 印</p>										

- 1 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けた上、互助会に提出してください。
- 2 出勤簿の写しを添付してください。
- 3 ※の欄には記入しないでください。

様式第9号 (裏面)

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで勤務しなかった期間に対して、次の金額の給料が減額されたことを証明する。

平成 年 月 日

減額された給料額	円
----------	---

所属所長又は  
給与事務担当者 職名  
氏名 印

$$\begin{array}{l} \text{減額された給料の額} \\ \text{円} \end{array} \times \frac{60}{100} = \begin{array}{l} \text{給付金額} \\ \text{円} \end{array} \quad \text{(円位未満切捨て)}$$

$$\begin{array}{l} \text{給付金額} \\ \text{円} \end{array} - \begin{array}{l} \text{介護休業手当金請求額} \\ \text{円} \end{array} = \begin{array}{l} \text{請求額} \\ \text{円} \end{array}$$

給与減額対象時間数										月分	
曜日	日	時間	日	時間	日	時間	日	時間	日	時間	
	1		8		15		22		29		
	2		9		16		23		30		
	3		10		17		24		31		
	4		11		18		25				
	5		12		19		26				
	6		13		20		27				
	7		14		21		28		合計		

(該当日に○を付け、時間数を記入する。)

※ 支給開始日	※ 前回支給分	※ 今回支給分
平成 年 月 日分	平成 年 月 日分	平成 年 月 日分