

決 裁	事務局次長	課長	課長補佐	係長	係	決定給付額	円
						決裁年月日	
						送金年月日	

介護支援助成金請求書

記号	番号	フリガナ		所属所名(市町名)
		組合員氏名		

組合員の介護を必要とする者			標準報酬 月額	円
氏名				

続柄		住所		
----	--	----	--	--

介護休暇 の承認期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	請求期間に係 る休暇取得の 状況	1日単位	日
介護支援助成 金の請求期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		時間単位 合計	時間 分

標準報酬 日額	標準報酬月額 × 1/22 = (10円未満四捨五入)			
------------	-----------------------------	--	--	--

給付日額	標準報酬日額 × 67/100 = (円未満切捨て) 給付日額が給付上限額を超えた場合はその上限額となります。			
------	--	--	--	--

請求金額	円			
------	---	--	--	--

共済組合 使用欄	月分 時間	分	円	月分 時間	分	円	月分 時間	分	円	月分 時間	分	円

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

三重県市町村職員共済組合理事長 様 組合員住所

組合員氏名 (印)

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

職名
氏名 (印)

所属所長

注意事項

- ① 勤務を要しない日の届出書を添付してください。ただし、受給中に勤務体制に変更があった場合はその都度添付してください。
- ② 介護休業の承認が確認できる書類の写を添付してください。
- ③ 勤務できなくなった日からの出勤簿の写を添付してください。時間単位で取得した場合は、出勤簿の写に取得時間を記入してください。
- ④ 報酬支給額証明書（介護休業手当金及び介護支援助成金用）を添付してください。
- ⑤ 介護休業手当金の支給期間において、報酬の全部または一部が支給されている場合は、報酬との調整があり、介護休業手当金の全部または一部の支給が停止されます。