

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	

育児休業手当金請求書

記号	番号	フリガナ	所属所名（市町名）	
		組合員氏名		
標準報酬月額	円	出産年月日	R	年 月 日
育児休業初日	R	育児休業末日	R	年 月 日
育児休業手当金請求期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日			
請求金額	円	給付日数	日	
短期組合員のみ記載要	雇用保険加入の有無 有・無 ※有の場合は「育児休業給付受給資格否認通知書」を添付してください。			

上記のとおり請求します。

令和 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

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

所属所長 職名
氏名

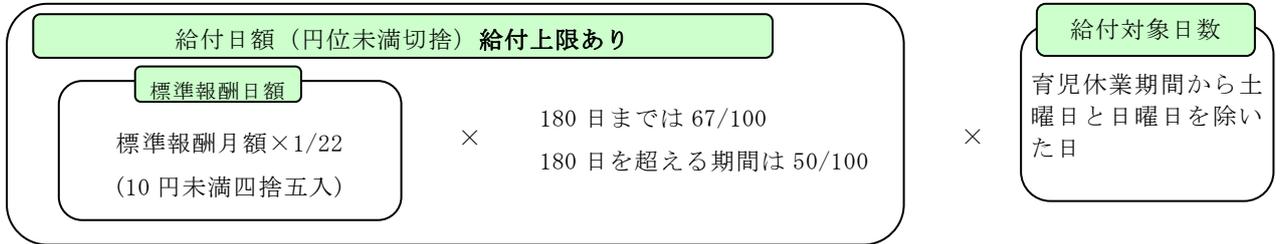
①育児休業に関する所属所長の証明書（辞令書の写し等）を添付してください。

②勤務しなかった期間に報酬が支払われた場合は、その報酬についての所属所長の証明を添付してください。

この計算書は参考であり、共済組合への提出は不要です。

【育児休業手当金計算書】

〔育児休業手当金計算方法〕



1 標準報酬日額

標準報酬月額 × 1/22

_____円 × 1/22 = _____円 (A)
(10円未満四捨五入)

2 給付日額

育児休業取得期間が 180 日までの給付日額 → _____円 (B 1)

育児休業取得期間が 180 日を超える期間の給付日額 → _____円 (B 2)

下記計算により、(b 1) が (b 3) 以上なら (b 3) を、(b 2) が (b 4) 以上なら (b 4) を上記 (B 1) または (B 2) にそれぞれ記入する。

【B 1 および B 2 の計算方法】

標準報酬日額 (A) × 給付率 67/100 (注)

(注) 育児休業取得期間が 180 日を超える期間は 50/100

(180 日まで)

_____円 × 67/100 = _____円 (b 1)
(円未満切捨て)

(180 日を超える期間)

〃 × 50/100 = _____円 (b 2)
(円未満切捨て)

【給付上限相当額】

雇用保険法第 17 条第 4 項第 2 号ハに定める額に相当する額※ (当該額が同法第 18 条の規定により変更された場合には、当該変更された後の額) × 30 × 67/100 (注) × 1/22

(180 日まで)

_____円 × 30 × 67/100 ÷ 22 = _____円 (b 3)
※毎年 8 月に改定される (円未満切捨て)

(180 日を超える期間)

〃 × 50/100 ÷ 22 = _____円 (b 4)
(円未満切捨て)

3 育児休業手当金総額

(B 1) × _____日 + (B 2) × _____日 = _____円

180 日までの期間

180 日を超える期間