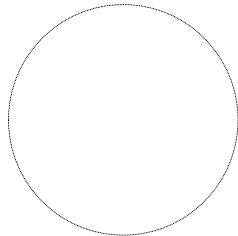
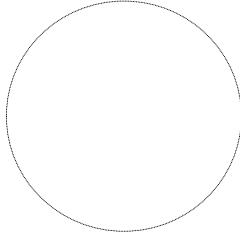


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課 長	合 議	担 当

介護休業手当金(変更)請求書

組合員等記号 及び番号又は 個人番号	-	組合員 氏 名		所 属 機 関	
介護を必要とする者の氏名				組 合 員 との続柄	
介護を必要とする者の住所		〒			
介護休業の初日	令和 年 月 日	標準報酬 月 額	職 ()		
介護休業の末日 (変更後の末日)	令和 年 月 日 (令和 年 月 日)		等級 円		
介護休業手当金 の 請 求 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	標準報酬 日 額	標準報酬月額×1/22(10円未満四捨五入) 円		
<p>上記のとおり介護休業手当金を請求します。</p> <p>石川縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 〒</p> <p>請求者</p> <p>氏 名</p> <p>電 話 ()</p>					
<p>上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職 名 所属所長 氏 名</p>					

○ 月ごとの介護休業実績証明書を添付してください。