

所属受付日欄

介護休暇給付金 請求書

一般財団法人長崎県教職員互助組合理事長 様

下記のとおり請求します。

	請求日	年	月	日
所属名				請求金額 円
組合員番号	0	氏名		
生年月日	年	月	日	介護休暇開始日 時点の年齢 歳

事業内容・添付書類等は裏面を参照してください。

介護 休暇 期間 (※①)	自	年	月	日	至	年	月	日
要介護者 氏名				組合員 との続柄				
請求月 (※②)	年			月分	介護休暇給付金 請求日数 (※③)			
給付額 算定 (※④)	40歳未満の者	1,500	円	×	日	=	円	
	40歳以上 50歳未満の者	2,000	円	×	日	=	円	
	50歳以上の者	2,500	円	×	日	=	円	

※①承認された介護休暇期間を記入してください。介護休暇を期間途中で終了した場合、「至」には終了日を記入してください。

※②請求月は月末日までの暦月単位として月単位で請求してください。

※③請求月内に取得した介護休暇取得日数を記入してください。ただし、介護休暇給付金の支給は一事業年度66日が限度です。

例：8月から11月まで以下のとおり介護休暇を取得した場合

請求月	8月分	9月分	10月分	11月分
介護休暇取得日数	20日	19日	21日	20日
請求日数	20日	19日	21日	6日

一事業年度66日限度

8月分～10月分を請求するときは介護休暇取得日数をそれぞれ記入、11月分を請求するときは6日と記入してください。

※④給付額は介護休暇開始日の年齢を基準としてください。

(提出不要ページ)

添付書類	以下の書類を添付してください。 <ul style="list-style-type: none">・ 出勤簿の写し・ 承認を受けた介護休暇願の写し 介護休暇が途中で終了した場合は、以下の書類も添付してください。 <ul style="list-style-type: none">・ 介護休暇終了届の写し
------	--

事業名	事業内容	算定方法
介護 休暇 給付金	介護休暇を取得したとき給付します。	一日につき 40歳未満 1,500円 40歳以上50歳未満 2,000円 50歳以上 2,500円

請求書提出先 / お問い合わせ先	
〒850-8566 長崎市尾上町3番1号 県教育庁福利厚生室内	一般財団法人長崎県教職員互助組合 宛 TEL:095-824-4721