

| |
|--------|
| 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 |