

介護休暇給付金請求書

種別コード	0	2	一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様				請求金額	
下記のとおり請求します。 平成 年 月 日						円		
所 属 名	所 属 番 号							印
氏 名	組 合 員 番 号							
	0 -							

識別コード	3	0	1	6				
介護休暇 期 間	自平成	年	月	日	要介護者 氏 名	(M・T・S・H 年 月 日生)		
請 求 月	平成	年	月分		組合員との 続 柄			
給付対象日数	日							
組 合 員 生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日生	介護休暇開始日の 組 合 員 年 齢			
給 付 額	① 40歳未満の者				1,500円×	日＝	円	
	② 40歳以上50歳未満の者				2,000円×	日＝	円	
	③ 50歳以上の者				2,500円×	日＝	円	
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 所属長職氏名 印 </div>								

- (注) 1 請求月は月末日までの暦月単位として月単位の請求となります。(7時間45分未満切捨て)
 2 給付対象日数には週休日及び祝日並びに年末年始の休日は含まれません。
 3 給付日額は介護休暇開始日の年齢を基準とします。

(添付書類)

- ① 「出勤簿」の写し。
- ② 「介護休暇承認通知書」の写し。
- ③ 介護休暇を途中で終了した場合は「介護休暇終了届」の写し。