

決 裁	事務局長	次 長	課 長	課長補佐	G L	担 当	合 議

短期請求等様式第 13 号 (表)

資格取得年月日		資格喪失年月日		※決定年月日	
介護休業手当金 請求書 介護休業手当金変更				決定額	※ 円
組合員証 記号番号		組合員 氏 名		所属所名	
介護休業の期間	[初 日]	年 月 日			
	[末 日]	年 月 日			
組合員の介護を必要 とする者に関する事項	氏 名		続柄		
	住 所				
	傷病名及び症状				
標準報酬 月 額	(※ 円 月分)	請求 期間	年 月 日から 年 月 日まで	請求 金額	円
各月休業日数 及び請求額	月分 日	円	月分 日	円	
	月分 日	円	月分 日	円	
上記のとおり請求 (変更請求) します。 滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名 印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印					

- (注) 1. 添付書類 ・ 介護休暇申請書等の写し ・ 介護休業期間中の出勤簿の写し
 2. 裏面に所属機関の長の介護休業 (変更) に関する証明、所属機関の長又は給料事務担当者の給料の証明を受けてください。
 3. 休業日数は、土・日曜日を除いた日数であり、土・日曜日以外の祝日及び年末年始については、休業日数に含まれます。
 4. ※印欄は記入しないでください。

短期請求等様式第 13 号 (裏)

介護休業 (変更) 証明書	組合員氏名		組合員証記号番号						
	介護休業期間	初日	年	月	日	末日	年	月	日
		介護休業期間に変更があった場合				末日	年	月	日
上記のとおり介護休業の承認(変更)をしたことを証明します。 年 月 日 所属機関の長 職 名 氏 名 印									
勤務の 給料の なかった 証明 期間	給料証明期間		年 月 日 から			年 月 日 まで			
	年	月	日	～	年	月	日	日間	円
	年	月	日	～	年	月	日	日間	円
	年	月	日	～	年	月	日	日間	円
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所属機関の長 職 名 又は 給与事務担当者 氏 名 印									
曜日	1	8	15	22	29	※ 今回支給日数 (該当日に○印を付す) 月分 (日分)			
	2	9	16	23	30				
	3	10	17	24	31				
	4	11	18	25					
	5	12	19	26					
	6	13	20	27					
	7	14	21	28					
※支給開始日		年 月 日から			※前回支給分		年 月 日分まで		