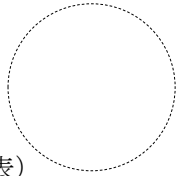


受 付 印



	事務局長	次 長	課 長	主 幹	G L	担 当	合 議
決 裁							

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	※	
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	(※ 月分) 円	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	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					
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					

- (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 ・勤務を要しない日の報告書
 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	—		
	雇用保険加入	有 ・ 無				
	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					
勤務しなかつた期間の給料の証明欄	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						
※支給開始日	年 月 日から		※前回支給分	年 月 日分まで		