

## 介護休業手当金請求書

「9700」とご記入  
ください

組合員証	(記号)	(番号)	職員コード	所属 機関	名称	(局・室・区)	(部)	(課)
	9700	▲▲▲▲▲			●●局●●部●●課			
フリガナ		●● ●●			所在地	●●市●●区●●▲-▲-▲		
組合員氏名		●● ●●						

育児休業に関する法律(平成3年法律第76号)第2条第1項、地方公務員の育児休業に関する法律(平成3年法律第110号)の規定により育児休業の承認を受けたので、その写しを添付します。

介護休暇承認期間	初日 令和2年 5月 1日	末日 令和2年 6月 30日	
手当金請求期間	初日 令和2年 5月 1日	末日 令和2年 6月 30日	
介護を必要とする者	氏名 ●● ●●	組合員との続柄	父
	住所 ●●市●●区●●▲-▲-▲	給料月額ではありません ※1参照	
休業中の報酬	無	標準報酬(短期)の 等級及び月額(※1)	20級 340,000円
請求金額	標準報酬月額 × 1/22 × 67/100(給付上限相当額を超える場合は、給付上限相当額)		
支払通知書送付先 ※共済組合に届出ている (通勤届に記載した) 住所以外に送付を希望 する場合のみ記載	〒 ▲▲▲-▲▲▲▲ ●●市●●区●●▲-▲-▲ ●●マンション▲▲▲▲号		
電話番号	( ▲▲▲ ) ▲▲▲▲ - ▲▲▲▲		
上記のとおり請求します。 (あて先) 福岡市職員共済組合理事長 ▲年 ▲月 ▲日  請求者 氏名 ●● ●●			

- ※1 ・標準報酬月額は、毎年9月または随時改定された月の給与明細照会で確認できます。  
 ・庶務管理システムで給与明細照会ができない方には、別途通知を送付していますのでそちらでご確認ください。  
 ・不明なときは、空欄で構いません。

《必要な添付書類》

- ・介護休暇変更の承認に関する通知(写)

《振込先》

- ・資格取得時(入庁時)等に共済組合へ届出のあった口座へ、戸籍姓での振込みになります。届出口座が旧姓の場合は、届出口座の名義変更。もしくは戸籍姓の名義となっている別の口座を届け出てください。

- ※本書に記載された個人情報は、手当金支給及び掛金免除のために利用します。
- ※支給が決定しましたら、決定通知書を送付します。  
 決定に不服があるときは、行政不服審査法により、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で、福岡市職員共済組合審査会に審査請求をすることができます。また、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、当共済組合を被告として提起することができます。

提出・問い合わせ先  
 福岡市職員共済組合  
 (総務企画局人事部福利厚生課)  
 092-711-4146

所属機関の長又は給与事務担当者証明欄

勤務しなかった期間			給与の減額がない場合の支給額				円	
			給料	地域手当	扶養手当	住居手当		
年	月	日から 日まで	円	円	円	円	円	
年	月	日から 日まで	円	円	円	円	円	
年	月	日から 日まで	円	円	円	円	円	
年	月	日から 日まで	円	円	円	円	円	
年	月	日から 日まで	共済組合で使用しますので、				円	円
年	月	日から 日まで	記載不要です。				円	円
年	月	日から 日まで	円	円	円	円	円	
年	月	日から 日まで	円	円	円	円	円	
年	月	日から 日まで	円	円	円	円	円	
年	月	日から 日まで	円	円	円	円	円	
年	月	日から 日まで	円	円	円	円	円	
年	月	日から 日まで	円	円	円	円	円	
年	月	日から 日まで	円	円	円	円	円	

年 月 日

所属機関の長又は給与事務担当者 職名

氏名

印