

介護休業手当金変更請求書

「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		●● ●●						

介護休暇 承認期間	変更前	初日	令和2年	5月	1日	末日	令和2年	6月	31日
	変更後	初日	令和2年	5月	1日	末日	令和2年	7月	31日
手当金請求期間	変更前	初日	令和2年	5月	1日	末日	令和3年	6月	31日
	変更後	初日	令和2年	5月	1日	末日	令和3年	7月	31日
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)								

上記のとおり変更を届出ます。
(あて先)
福岡市職員共済組合理事長

▲年 ▲月 ▲日

請求者・申出人
氏名 ●● ●●

連絡先 (▲▲▲) ▲▲▲▲ - ▲▲▲▲

《必要な添付書類》
・介護休業変更の承認に関する通知(写)

※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。

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