|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 印短期請求等様式第13号（表） | 決 裁 | 事務局長　　　　 | 次　長 | 課　長 | 主　幹 | Ｇ　Ｌ | 担　当 | 合　議 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|
| 資格取得年月日※ |  | 資格喪失年月日 |  | ※決定年月日 |  |
| ※ | **請求書** | 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 |
| 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 | 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 氏 名  |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。(注)年 月 日 職 名 氏 名  |

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  |
| 勤務しなかっ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 |