

介護休業手当金変更請求書

組合員等 記号番号	NGY		資格取得年月日		
組 合 員	フリガナ			生年月日	
	氏 名			性 別	
所 属	名 称			所属コード	
変更前	介護休暇の初日・末日	初 日	年 月	末 日	年 月
	請求期間の初日・末日	初 日	年 月	末 日	年 月
変更後	介護休暇の初日・末日	初 日	年 月	末 日	年 月
	請求期間の初日・末日	初 日	年 月	末 日	年 月
標準報酬（短期）		等級			円
請 求 金 額	$\text{円(標準報酬月額)} \times 1/22 = \text{円(標準報酬日額)} \text{ (10円未満四捨五入)}$ $\text{円(標準報酬日額)} \times 67/100 = \text{円(給付日額)} \text{ (円未満切捨)(上限有り)}$ $\text{円(給付日額)} \times \text{日(支給日数)} = \text{円(給付月額)}$ $\text{円(給付月額)} - \text{円(調整金額)} = \text{円(支給金額)}$				
その他変更事項					
<p>上記のとおり介護休業手当金を変更請求します。 (あて先)名古屋市職員共済組合理事長 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請 求 者 氏名</p>					
<p>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</p>					

- 1 介護休暇承認書（写）又は介護休暇終了届出書（写）及び出勤簿（写）を添付してください。
- 2 変更のない事項は、記入の必要はありません。
- 3 請求金額内の支給日額が給付上限相当額を超える場合は上限額となります。