

記入例

介護休業給付者休業開始時賃金月額証明書作成依頼書

医院名	〇〇◇歯科
フリガナ	トヤノ トモコ
介護休業を申請する方の氏名	鳥屋野 智子
休業を開始した日の年月日	令和5年7月1日
介護対象者と申請者本人との続柄	母
フリガナ	ニイガタシチュウオウクシチクヤマ
介護休業申請者の住所又は居所	〒950-0914 新潟市中央区紫竹山〇-〇-〇 TEL 090-xxxx-xxxx
毎月の賃金締切日	毎月20日締 25日払

《添付書類》

- ・ 勤務表
- ・ 賃金台帳
- ・ 住民票の写し

※事務組合では、給付申請を行うことができません。
月額証明書を作成後、医院へお送りいたします。
到着後、添付書類を添えてハローワークで申請を行ってください。

※以下、氏名変更がある場合のみ記入

フリガナ	
変更前の氏名	※変更がある場合のみ記入※
変更年月日	

今回の手続きと同時に氏名変更をする場合は、氏名の変更を確認できる書類が必要になります。運転免許証、住民票等変更後の書類を添付してください。

介護休業給付金支給申請書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

帳票種別

16601

1. 介護休業被保険者の個人番号

介護休業する従業員ご本人の個人番号をご記入ください。

2. 被保険者番号

3. 資格取得年月日

4. 被保険者氏名 フリガナ (カタカナ)

5. 事業所番号 6. 姓 (漢字) 7. 名 (漢字)

8. 介護休業開始年月日 9. 介護対象家族の個人番号

介護対象家族の方の個人番号をご記入ください。

10. 介護対象家族の姓 (カタカナ) 11. 介護対象家族の名 (カタカナ) 12. 介護対象家族の性別 13. 介護対象家族の続柄

14. 介護対象家族の姓 (漢字) 15. 介護対象家族の名 (漢字) 16. 介護対象家族の生年月日

17. 支給対象期間その1 (初日) (末日) 18. 全日休業日数 19. 支払われた賃金額

20. 支給対象期間その2 (初日) (末日) 21. 全日休業日数 22. 支払われた賃金額

23. 支給対象期間その3 (初日) (末日) 24. 全日休業日数 25. 支払われた賃金額

26. 介護休業終了年月日 (介護休業期間が93日未満のとき記入) 27. 終了事由

28. 賃金月額 (区分一日額又は総額) 29. 同一対象家族に係る介護休業開始年月日 30. 期間雇用者の継続雇用の見込み 31. 支払区分 32. 金融機関・店舗コード 口座番号 33. 未支給区分 34. 処理区分 35. 特殊事項

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

上記被保険者が介護休業を取得し、上記の記載事実誤りにないことを証明します。

事業所名 (所在地・電話番号)

令和 年 月 日

事業主氏名

雇用保険法施行規則第101条の19の規定により、上記のとおり介護休業給付金の支給を申請します。

令和 年 月 日

公共職業安定所長 殿

住所
フリガナ
申請者氏名

払渡希望金融機関指定届	36. 払渡希望金融機関	フリガナ	金融機関コード		店舗コード
		名称	本店		
		銀行等 (ゆうちょ銀行以外)	口座番号 (普通)		
		ゆうちょ銀行	記号番号 (総合)		

備考	賃金締切日	日	通勤手当	有 (毎月・3か月・6か月・)	※処理欄	支給決定年月日	令和 年 月 日
	賃金支払日	当 月・翌 月 日				無	支給決定額
						不支給理由	
						通知年月日	令和 年 月 日

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号	※	所 長	次 長	課 長	係 長	係	操 作 者
--------------------	----------------------	-----	---------	---	-----	-----	-----	-----	---	-------

