

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

123456789012

2. 被保険者番号

9909-999999-1

3. 資格取得年月日

5-00726 (3昭和 4平成
5令和)

4. 被保険者氏名

犬山 花子

フリガナ(カタカナ)

イスヤマハナコ

5. 事業所番号

2317-999999-0

6. 姓(漢字)

犬山

7. 名(漢字)

花子

8. 介護休業開始年月日

5-00801

9. 介護対象家族の個人番号

987654321098

(この用紙は、そ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。)

10. 介護対象家族の姓(カタカナ)

1スヤマ

11. 介護対象家族の名(カタカナ)

イチロウ

12. 介護対象家族の性別

1 (1男
2女)

13. 介護対象家族の結婚

- 1 配偶者
- 2 父母
- 3 子
- 4 配偶者の父母
- 5 祖父母
- 6 弟兄姉妹
- 7 孫

14. 介護対象家族の姓(漢字)

犬山

15. 介護対象家族の名(漢字)

一郎

16. 介護対象家族の生年月日

3-0305

- 1 明治 4 平成
- 2 大正 5 令和
- 3 昭和

17. 支給対象期間その1(初日)

5-00801

(末日)

0831

18. 全日休業日数

31

20. 支給対象期間その2(初日)

5-00901

(末日)

0930

21. 全日休業日数

30

23. 支給対象期間その3(初日)

5-01001

(末日)

1015

24. 全日休業日数

15

26. 介護休業終了年月日

5-01015

(介護休業期間が93日)

(未満のとき記入)

27. 終了事由

1 (1職場復帰
2休業事由の消滅)

19. 支払われた賃金額

20,000,000円

21. 支払われた賃金額

20,000,000円

22. 支払われた賃金額

20,000,000円

23. 支払われた賃金額

30. 期間雇用者の継続雇用の見込み

※公
共
職
業
安
定
所
記
載
欄
28. 賃金月額(区分一日額又は総額)1-1,000,000円 (1日額
2総額)

29. 同一対象家族に係る介護休業開始年月日

5-01015

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

3 資格確認のみ
1 否認(期間)
2 否認(対象家族)
4 支給のみ
5 否認(93日超)

35. 特殊事項

(1 チェック不要
2 再開(他の休業の終了)
3 再開(被保険者資格再取得)上記被保険者が介護休業を取得し、上記の記載事実に誤りがないことを証明します。株式会社ハローワーク
春日井市南下原町2-14-6
事業所名(所在地・電話番号) 0568-81-5135

令和 年 1 0 月 2 0 日 事業主氏名 代表取締役 三の丸太郎

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 1 0 月 2 0 日 住 所 犬山市松本町2-10
春日井公共職業安定所長 殿 フリガナ イヌヤマ、ハナコ
申請者氏名 犬山 花子

払渡 希望 金融 機関 指定届	36. 払渡 希望 金融 機関	フリガナ	ハローワークギンコウ	金融機関コード 99999	店舗コード 9999
		名 称	ハローワーク銀行		
		銀 行 等 (ゆうちょ銀行以外)	口 座 番 号 (普通) 0123456		
ゆうちょ銀行	記 号 番 号 (総合)				

備 考	賃金締切日 15日 通勤手当 (毎月・3か月・6か月・) 賃金支払日 (毎月・翌月25日)	※ 支給決定年月日 支給決定額 不支給理由 通知年月日	令和 年 月 日
			円

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 欄 操 長