

介護休業取扱通知書

殿

年 月 日

会社名

あなたから _____ 年 _____ 月 _____ 日に介護休業の〔申出・期間変更の申出・申出の撤回〕がありました。育児・介護休業等に関する規則（第〇条）に基づき、その取扱いを下記のとおり通知します（ただし、期間の変更の申出があった場合には下記の事項の若干の変更があり得ます。）。

記

1 休業の期間等	<p>(1)適正な申出がされていたので申出どおり _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで介護休業してください。職場復帰予定日は、_____ 年 _____ 月 _____ 日です。</p> <p>(2)申し出た期日が遅かったので休業を開始する日を _____ 年 _____ 月 _____ 日にしてください。</p> <p>(3)あなたは以下の理由により休業の対象者でないので休業することはできません。</p>
<p>介護休業 この赤枠内の項目を記載し、対象労働者に個別周知してください。</p>	<p>_____ が _____ 年 _____ 月 _____ 日にした休業申出は撤回されました。</p> <p>_____ に係る対象家族について介護休業ができる日数は通算 93 日です。今回の措置により、介護休業ができる残りの回数及び日数は、() 回 () 日になります。</p>
2 休業期間中の取扱い等	<p>(1) 休業期間中については給与を支払いません。</p> <p>(2) 所属は _____ 課のままとします。</p> <p>(3) あなたの社会保険料本人負担分は、_____ 年 _____ 月現在で 1 月約 _____ 円ですが、休業を開始することにより、_____ 月からは給与から天引きができなくなりますので、月ごとに会社から支払い請求書を送付します。指定された日までに下記へ振り込むか、_____ 課に持参してください。</p> <p>振込先：</p> <p>(4) 税については市区町村より直接納税通知書が届きますので、それに従って支払ってください。</p> <p>(5) 毎月の給与から天引きされる社内融資返済金がある場合には、支払い猶予の措置を受けることができますので、_____ 課に申し出てください。</p> <p>(6) 職場復帰プログラムを受講できますので、希望の場合は _____ 課に申し出てください</p>
3 休業後の労働条件	<p>(1) 休業後のあなたの基本給は、_____ 級 _____ 号 _____ 円です。</p> <p>(2) _____ 年 _____ 月の賞与については算定対象期間に _____ 日の出勤日がありますので、出勤日数により日割りで計算した額を支給します。</p> <p>(3) 退職金の算定に当たっては、休業期間を勤務したものとみなして勤続年数を計算します。</p> <p>(4) 復職後は原則として _____ 課で休業をする前と同じ職務についていただく予定ですが、休業終了 1 か月前までに正式に決定し通知します。</p> <p>(5) あなたの _____ 年度の有給休暇はあと _____ 日ありますので、これから休業期間を除き _____ 年 _____ 月 _____ 日までの間に消化してください。</p> <p>次年度の有給休暇は、今後 _____ 日以上欠勤がなければ、繰り越し分を除いて _____ 日の有給休暇を請求できます。</p>
4 その他	<p>(1) 家族を介護しなくなる等あなたの休業に変更をもたらす事由が発生したときは、可能な限り、事由が発生した日のうちに _____ 課あて電話連絡をしてください。この場合の休業終了後の出勤日については、事由発生後 2 週間以内の日を会社と話し合って決定していただきます。</p> <p>(2) 休業期間中についても会社の福利厚生施設を利用することができます。</p>

〔〇〇制度〕利用取扱通知書

殿

年 月 日

会社名

あなたから _____ 年 _____ 月 _____ 日に〔〇〇制度〕の〔利用申出・利用期間変更の申出・利用申出の撤回〕がありました。育児・介護休業等に関する規則（第〇条）に基づき、その取扱いを下記のとおり通知します（ただし、利用期間の変更の申出があった場合には下記の事項の若干の変更があり得ます。）。

記

1 制度利用の期間等	<p>(1)適正な申出がされていたので申出どおり _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで〔〇〇制度〕を利用してください。制度利用の終了予定日は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。</p> <p>(2)申し出た期日が遅かったので制度利用を開始する日を _____ 年 _____ 月 _____ 日にしてください。</p> <p>(3)あなたは以下の理由により制度利用の対象者でないので利用することはできません。</p>
<p>介護両立支援制度 この赤枠内の項目を記載し、対象労働者に個別周知してください。</p>	<p>_____ 年 _____ 月 _____ 日にした制度利用申出は撤回されました。</p> <p>_____ 対象家族について〔〇〇制度〕が利用できる〔期間・回数〕に制限はありません。</p> <p>(対象者のみ) 今回の措置により、〔〇〇制度〕の利用ができる〔期間・回数〕は、() 回 / () 日 / () までになります。</p>
2 制度利用期間中の取扱い等	<p>(1)〔〇〇制度〕利用期間中については、〔通常どおり給与を支払います/勤務しなかった時間の分を減額して〕給与を支払います。</p> <p>(2)所属は _____ 課のままとします。</p>
3 制度利用期間後の労働条件	<p>(1)〔〇〇制度〕利用後のあなたの基本給は、 _____ 級 _____ 号 _____ 円です。</p> <p>(2) _____ 年 _____ 月の賞与については〔〇〇制度〕〔利用期間を勤務したものとみなして/勤務した時間数に応じ _____ として〕算定対象期間を算定します。</p> <p>(3)退職金の算定に当たっては、〔〇〇制度〕利用期間を勤務したものとみなして勤続年数を計算します。</p> <p>(4)制度利用終了後は原則として _____ 課で制度利用前と同じ職務についていただく予定ですが、制度利用終了1か月前までに正式に決定し通知します。</p> <p>(5)あなたの _____ 年度の有給休暇はあと _____ 日あります。</p> <p>次年度の有給休暇は、今後 _____ 日以上欠勤がなければ、繰り越し分を除いて _____ 日の有給休暇を請求できます。</p>
4 その他	<p>(1)家族を介護しなくなる等あなたの休業に変更をもたらす事由が発生したときは、可能な限り、その事由が発生した日のうちに _____ 課あて電話連絡をしてください。この場合の〔〇〇制度〕利用の終了日については、事由発生後2週間以内の日を会社と話し合っ決定していただきます。</p> <p>(2)〔〇〇制度〕利用期間中についても会社の福利厚生施設を利用することができます。</p>