

5 支給申請書等の記載例について

雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書の記入例

様式第10号の2の2

雇用保険被保険者 **休業開始時賃金月額証明書** (安定所提出用) (介護・育児)
所定労働時間短縮開始時賃金証明書

① 被保険者番号	8 8 0 0 - 8 0 2 0 4 7 - 9	③ フリガナ	テネリ ココ	④ 休業等を開始した日の年 月 日	令和 3 年 1 1 月 5 日
② 事業所番号	4 9 0 0 - 0 0 0 1 1 1 - 1	休業等を開始した者の氏名	適用 優子	年 月 日	
⑤ 名称	株式会社 労働保険 立川支店	⑥ 休業等を開始した者の住所又は居所	〒 3 5 9 - 0 0 0 4 所沢市並木 6 - 3 4	電話番号 (0 2 0) 8 8 0 9 - X 0 9 8	
事業所所在地	立川市錦町 1 - 1 9 - 1				
電話番号	0 4 2 - 9 4 9 - 9 8 0 9				
この証明書の記載は、事実と相違ないことを証明します。					
住所	東京都千代田区霞ヶ関 1 - 1 1				
事業主氏名	代表取締役 保険智				
休業等を開始した日以前の賃金支払状況等					
⑦ 休業等を開始した日の前日に離職したとみなした場合の被保険者期間算定対象期間	⑧ の 1 に 掲 げ る 日 数	⑨ 賃 金 支 払 対 象 期 間	⑩ の 基 礎 日 数	⑪ 賃 金 額	
休業等を開始した日	11月5日			⑫	備 考
10月5日～休業等開始日の前日	31日	11月1日～休業等開始日の前日	4日	24,000	/
9月5日～10月4日	30日	10月1日～10月31日	31日	230,000	
8月5日～9月4日	31日	9月1日～9月30日	30日	230,000	
7月5日～8月4日	31日	8月1日～8月31日	31日	230,000	
6月5日～7月4日	30日	7月1日～7月31日	31日	230,000	
5月5日～6月4日	31日	6月1日～6月30日	30日	230,000	
4月5日～5月4日	30日	5月1日～5月31日	31日	230,000	
3月5日～4月4日	31日	月 日～ 月 日	日		
2月5日～3月4日	29日	月 日～ 月 日	日		
1月5日～2月4日	31日	月 日～ 月 日	日		
12月5日～1月4日	31日	月 日～ 月 日	日		
11月5日～12月4日	30日	月 日～ 月 日	日		
月 日～ 月 日	日	月 日～ 月 日	日		
月 日～ 月 日	日	月 日～ 月 日	日		
月 日～ 月 日	日	月 日～ 月 日	日		
⑬ 賃金に関する特記事項	休業開始時賃金月額証明書 受理 所定労働時間短縮開始時賃金証明書 令和 年 月 日 号 (受理番号)				
⑭ (休業開始時における)雇用期間	⑮ 定めなし □ 定めあり → 令和 年 月 日まで (休業開始日を含めて 年 カ月)				
※ 公共職業安定所記載欄					

雇用保険法施行規則第14条の 第1項の規定により被保険者の介護又は育児のための休業又は所定労働時間短縮開始時の賃金の届出を行う場合は、当該賃金の支払の状況を明らかにする書類を添えてください。
 本申請は電子申請による申請が可能です。
 なお、本申請について、社会保険労務士が事業主の委託を受け、電子申請により本届書の提出に関する手続を行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主から委託を受けたものであることを本届書の提出と併せて添付することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行書 事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号

※

所長	次長	課長	係長	係

[例示説明]

- ・令和3年11月5日に介護休業を開始する場合
- ・賃金締切日が各月末日

④「休業を開始した日の年月日」

- ・被保険者が対象家族の介護をするための休業を開始した日を記入してください。

⑦「休業を開始した日の前日に離職したとみなした場合の被保険者期間算定対象期間」

- ・「休業を開始した日」欄は、④欄の休業を開始した日を記入してください。
- ・休業開始した日から遡って賃金支払基礎日数が 11 日以上または、賃金の支払いの基礎となった時間数が 80 時間以上ある月を 2 年間記入しますが、11 日以上または、賃金の支払いの基礎となった時間数が 80 時間以上ある被保険者算定対象期間を直近より 12 か月以上記入があれば以下は記入を省略できます。
(※当該記入方法については、離職票への記入方法 P43 に準じた取り扱いをお願いいたします。)

⑧「⑦の期間における賃金支払基礎日数」

- ・⑦欄の期間における賃金支払の基礎となった日数を記入してください。
- ・有給休暇の対象となった日、休業手当の対象となった日を含みます。

⑨「賃金支払対象期間」

- ・最上段には休業を開始した日の直前の賃金締切日の翌日から、休業を開始した日の前日までの期間を記入し、以下順次さかのぼって賃金締切日の翌日から賃金締切日までの期間を 2 年間記入しますが、完全月で⑩欄の基礎日数が 11 日以上または、賃金の支払いの基礎となった時間数が 80 時間以上ある賃金支払対象期間を直近より 6 か月以上記入があれば以下は記入を省略できます。
(※当該記入方法については、離職票への記入方法 P43 に準じた取り扱いをお願いいたします。)

⑩「⑨の基礎日数」

- ・⑨欄の期間における賃金支払の基礎となった日数を記入してください。
- ・有給休暇の対象となった日、休業手当の対象となった日を含みます。

⑪「賃金額」

- ・月給者は A 欄に、日給者は B 欄に記入しますが、日給者で月単位で支払われる賃金(家族手当等)は A 欄に記入し、合計額を計欄に計上してください。
- ・A 欄、又は B 欄の記入のみで足りる場合は、計欄の記入は省略して差し支えありません。記入しない欄は斜線を引いてください。

⑫「備考」

- ・⑦欄から⑩欄の参考となることを記入してください。
例・賃金未払いがある場合
- ・出産、傷病等で引き続き 30 日以上賃金の支払がない場合
- ・休業手当が支払われたことがある場合
- ・休業開始日が令和 2 年 8 月 1 日以降であって、⑨欄の基礎日数が 11 日以上の月が 12 か月以上ない場合、または、⑩欄の基礎日数が 11 日以上の完全月が 6 か月ない場合は、⑨欄及び⑩欄の基礎日数が 10 日以下の期間について、当該期間における賃金支払の基礎となった時間数を記入してください。

⑬「賃金に関する特記事項」

- ・3 か月以内の期間ごとに支払われる賃金(特別の賃金)について記入してください。
- ・該当がない場合には斜線を引いてください。

介護休業給付金支給申請書の記入例

様式第33号の6（第181条の19関係）（第1面）

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。）

領票種別 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="16601"/>		1. 介護休業給付金の個人番号 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="123456789012"/>	
2. 被保険者番号 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="1300-234567-8"/>		3. 資格取得年月日 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="4-170401"/> (3: 昭和 4: 平成 5: 令和)	
4. 被保険者氏名 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="労働 太郎"/>		フリガナ (カタカナ) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="ロウトウ タロウ"/>	
5. 事業所番号 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="1300-765432-1"/>		6. 姓 (漢字) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="労働"/>	
7. 名 (漢字) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="太郎"/>			
8. 介護休業開始年月日 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="5-030531"/>		9. 介護対象家族の個人番号 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="987654321012"/>	
10. 介護対象家族の姓 (カタカナ) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="ロウトウ"/>		11. 介護対象家族の名 (カタカナ) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="イチロウ"/>	
12. 介護対象家族の生年月日 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="1(日) 2(月)"/>		13. 介護対象家族の性別 <input type="checkbox"/> 1 男性 <input type="checkbox"/> 2 女性	
14. 介護対象家族の姓 (漢字) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="労働"/>		15. 介護対象家族の名 (漢字) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="一郎"/>	
16. 介護対象家族の生年月日 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="3-240721"/> (1: 昭和 4: 平成 5: 令和)			
17. 支給対象期間中の1 (初日) (平日) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="5-030531-0629"/>		18. 全日休業日数 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="30"/>	
19. 支給された賃金額 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="000000"/>			
20. 支給対象期間中の2 (初日) (平日) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="5-030630-0730"/>		21. 全日休業日数 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="31"/>	
22. 支給された賃金額 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="000000"/>			
23. 支給対象期間中の3 (初日) (平日) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="5-030731-0830"/>		24. 全日休業日数 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="31"/>	
25. 支給された賃金額 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="000000"/>			
26. 介護休業終了年月日 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="5-030831"/> (介護休業期間が31日未満のとき記入)		27. 終了事由 <input type="checkbox"/> 1 職場復帰 <input type="checkbox"/> 2 休養事由の消滅	
28. 賃金月額 (区分一日額又は日額) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="000000"/> (1: 日額 2: 日額)		29. 同一事業所に係る介護休業開始年月日 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="000000"/>	
30. 期間雇用者の継続雇用の月込み <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="0"/>			
31. 支払区分 <input type="checkbox"/>		32. 金融機関 - 店種コード <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="000000"/>	
33. 請求区分 <input type="checkbox"/> (全額 未支給以外) <input type="checkbox"/> 未支給		34. 支払区分 <input type="checkbox"/> 1 労務 1 労務 2 労務 3 労務 4 労務 5 労務	
35. 特種事項 <input type="checkbox"/> 1 ナニクシ不渡 <input type="checkbox"/> 2 再婚 (他の休業の終了) <input type="checkbox"/> 3 再婚 (被保険者資格再取得)			

(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、上記の記載事項に誤りがないことを証明します。
 事業所名 (所在地・電話番号) 株式会社 雇用保険 東京都千代田区霞が関1-2-2
 令和3年9月12日 事業主氏名 株式会社 雇用保険 代表取締役 雇用太郎

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3年9月12日 住 所 東京都千代田区九段南1-2-1
 公共職業安定所長 殿 申請者氏名 労働 太郎

36. 払渡希望金融機関指定額 37. 金融機関 38. 口座番号 (普通) 39. 記号番号 (総合)	フリガナ 株式会社 雇用保険	金融機関コード 9890	店舗コード 297
	名称 給付信用金庫 飯田橋	口座番号 (普通) 7654321	

40. 支給決定日 20日	41. 通知手続 特 (毎月・3か月・6か月)	※ 支給決定年月日 令和 年 月 日
42. 現金支払日 当月 - 翌月		支給決定額 円
		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	所属 次長 課長 係長 係 操作者	氏名 電話番号
----------------	----------------------------------	------------

1 「介護休業被保険者の個人番号」

・被保険者の個人番号を記入してください。

8 「介護対象家族の個人番号」

・介護対象家族の個人番号を記入してください。住民票記載事項証明書等の添付いただく場合は記載不要です。

17、20、23 「支給対象期間」

・それぞれの支給対象期間の初日及び末日を記入してください。

18、21、24 「全日休業日数」

・17、20、23 欄に記入した支給対象期間において全日にわたって介護休業している日(日曜日、祝日等のような所定労働日以外の日も含みます。)の数を記入してください。

19、22、25 「支払われた賃金額」

・17、20、23 欄に記入した支給対象期間において、支払われた賃金の額を記入してください。
・なお、その賃金は、介護休業期間外を対象とした賃金の額を含めないでください。

26 「介護休業終了日」

・介護休業期間が3か月未満のとき記入してください。

27 「終了事由」

・26 欄の介護休業終了日に記入した場合は、27 欄の終了の理由コードを番号で記入してください。

「事業所名(所在地・電話番号)事業主氏名」

・記載事実の誤りのないことを証明してください。

「申請者氏名」

・被保険者本人が氏名を記載してください。

ただし、申請内容等を事業主等が被保険者に確認し、合意のもと「記載内容に関する確認書・申請等に関する同意書」を作成・保存することで被保険者氏名の記載を省略することができます。その場合、申請者氏名欄における署名は、「申請について同意済み」と記載してください。

「払渡希望金融機関指定届」

・「名称」欄には、介護休業給付の払渡しを希望する金融機関の名称及び店舗名を記入してください。
・「口座番号、記号番号」欄には、被保険者本人の名義の通帳の口座、記号番号を記入してください。

※ 最近新設された金融機関の店舗や小規模な出張所など一部の金融機関については、登録されていない場合もありますので、ご利用になる場合はあらかじめハローワークにご相談ください。

「備考」

備考欄に、賃金締切日・支払日、通勤手当について記入してください。