

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。）

帳票種別 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="16601"/>		1. 介護休業給付者の個人番号 <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. 介護対象家族の性別 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="1"/> (1 男性 2 女性)	
13. 介護対象家族の生年月日 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="3-240721"/> (1 明治 4 平成 2 大正 3 令和)		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"/>	
17. 支給対象期間その1 (初日) (末日) <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. 支払われた賃金額 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="000000"/>	
20. 支給対象期間その2 (初日) (末日) <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. 支払われた賃金額 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="000000"/>	
23. 支給対象期間その3 (初日) (末日) <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. 支払われた賃金額 <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 style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="1"/> (1 職場復帰 2 休業事由の消滅)			
28. 賃金月額 (区分一日額又は総額) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="000000"/> (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 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="000000"/>		30. 期間雇用者の継続雇用の見込み <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	
31. 支払区分 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="0"/>		32. 金融機関 - 店舗コード <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="0000000000000000"/>		33. 未支給区分 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="0"/> (1 空欄 未支給以外 2 未支給)	
34. 払戻区分 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="0"/> (1 空欄 一括払戻 2 区分 (期間) 3 資格確認のみ 4 支給のみ 5 区分 (対象家族) 6 区分 (93日超))		35. 特許事項 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value="0"/> (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))			

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

36. 払渡希望金融機関 指定届	フリガナ 名称 名称 名称	名称 名称 名称	金融機関コード 9890	店舗コード 297
	銀行等 (ゆうちょ銀行以外) ゆうちょ銀行	口座番号 (普通) 7654321	記号番号 (総合) -	

資金繰切日 20日	通勤手当 有 (毎月・3か月・6か月)	※ 支給決定年月日 令和 年 月 日
資金支払日 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
----------------	----------------------------------

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。