

# 第 11 章 介護休業給付について

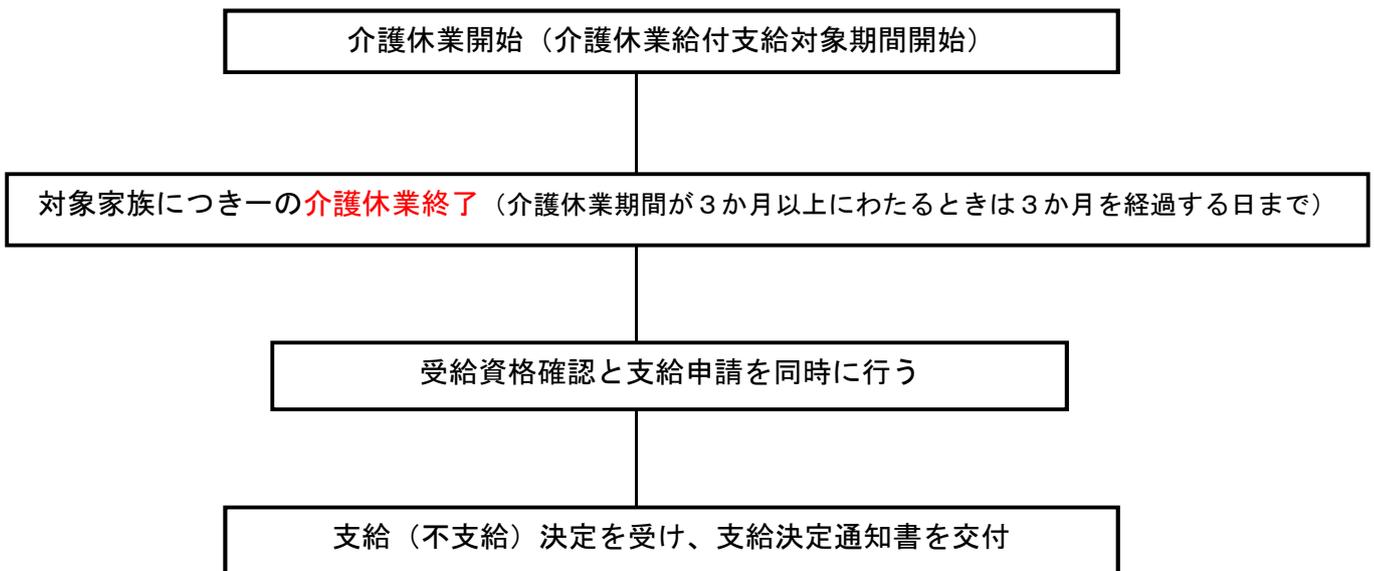
## 1 介護休業給付とは

配偶者や父母、子等の対象家族を介護するための休業を取得した被保険者について、介護休業期間中の賃金が休業開始時の賃金と比べて 80%未満に低下した等、一定の要件を満たした場合に、ハローワークへの支給申請により、支給されるものです。

改正雇用保険法等の施行により、平成 29 年 1 月 1 日以降に新たに取得する介護休業については、93 日を限度に 3 回までの分割取得が可能となりました。また、65 歳以上の高年齢被保険者も介護休業給付金の対象となりました。さらに、対象家族の範囲についても拡大され、同居・扶養していない祖父母、兄弟姉妹及び孫も対象となりました。

## 2 介護休業給付の基本的な流れ

(以下の図は、事業主を経由して手続を行うという流れを示しています。)



### 3 介護休業給付金について

#### (1) 受給資格は . . . . .

イ 家族を介護するために、「介護休業」を取得した被保険者（※）であること。（※）被保険者とは、一般被保険者及び高年齢被保険者をいいます。以下、第 11 章において同じです。

(イ) ここでいう「介護休業」とは、職場復帰を前提に取得するものを行い、休業取得時に退職が確定（予定）している休業は支給の対象となりません。

(ロ) 期間雇用者も支給対象となります。

※ 同一の対象家族について、93 日を限度に 3 回までに限り介護休業給付の支給対象となります。

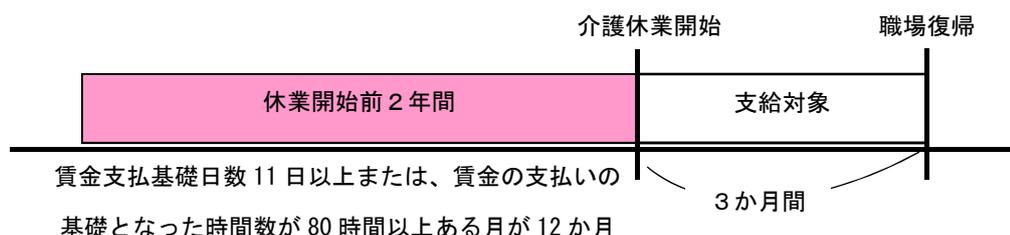
ロ 介護休業を開始した日の前 2 年間に、賃金支払基礎日数が 11 日以上ある完全月（※）が通算して 12 か月以上（原則、介護休業を開始した日の前 2 年間に、賃金支払基礎日数が 11 日以上必要。12 か月ない場合は、完全月で賃金の支払いの基礎となった時間数が 80 時間以上の月を 1 か月として取り扱うこととする）あること。

※ 過去に基本手当の受給資格や高年齢受給資格の決定を受けたことのある方については、基本手当の受給資格決定や高年齢受給資格決定を受けた後のものに限ります。

期間雇用者（期間を定めて雇用される者）の方は、上記イ及びロに加え、休業開始時において、次の要件に該当しなければなりません。

同一事業主のもとで介護休業開始予定日から起算して 93 日を経過する日から 6 か月を経過する日までに、その労働契約（労働契約が更新される場合にあっては、更新後のもの）が満了することが明らかでないこと。

#### 例 示



### 対象となる介護休業について

介護休業給付金は、以下の①および②を満たす介護休業について、**同一の対象家族について 93 日を限度に 3 回までに限り**支給されます。

- ① 負傷、疾病または身体上もしくは精神上の障害により、2週間以上<sup>※1</sup>にわたり常時介護（歩行、排泄、食事等の日常生活に必要な便宜を供与すること。）を必要とする状態にある家族<sup>※2</sup>を、介護するための休業であること。

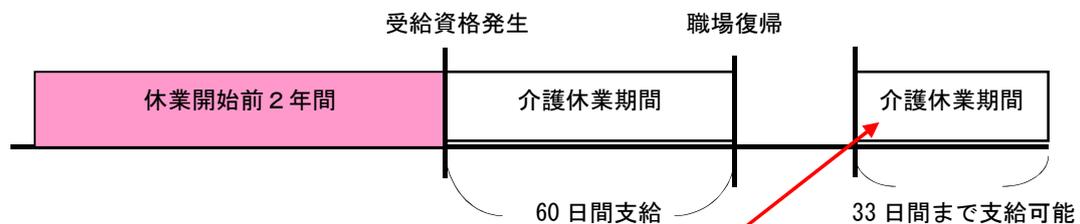
※1 ここでいう「2週間以上」とは、対象介護休業の期間ではなく、対象家族が常時介護を必要とする期間です。

※2 被保険者の、配偶者（事実上の婚姻関係と同様の状況の者を含む。）、父母（養父母を含む。）、子（養子を含む。）、配偶者の父母、被保険者の祖父母、兄弟姉妹、孫

- ② 被保険者が、その期間の初日及び末日とする日を明らかにして事業主に申し出を行い、これによって被保険者が実際に取得した休業であること。

### 同一の対象家族について2回の介護休業給付金を受ける例

例 示



賃金支払基礎日数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時間以上ある月が12か月

同一の対象家族についての  
2回目の介護休業

(2) 支給要件は . . . . .

介護休業開始日から起算して1か月ごとに区切った場合（区切られた1か月の間に介護休業終了日が含まれる場合は、その介護休業終了日まで）の各期間（これを「支給単位期間」といいます。）について、次の要件をすべて満たしている場合に支給対象（これを「支給対象期間」といいます。）となります。

- イ 支給単位期間の初日から末日まで継続して被保険者資格を有していること。
- ロ 支給単位期間に、就業していると認められる日数が10日以下であること。  
（介護休業終了等により、1か月に満たない支給単位期間については、就業していると認められる日数が10日以下であるとともに、介護休業による全日休業日が1日以上あれば、当該要件を満たします。また、この全日休業日には、日曜日・祝祭日のような事業所の所定労働日以外の日を含みます。）
- ハ 支給単位期間に支給された賃金額※が、休業開始時の賃金月額 の80%未満であること。

※ 「支給単位期間に支給された賃金額」とは  
支給単位期間中に支給された賃金とは、「その期間に支払日のあるもの」をいいます。

ただし、介護休業期間外を対象としているような賃金や対象期間が不明確な賃金は含めず、原則として介護休業期間中を対象としていることが明確な賃金の額のみとなります。

例 示

賃金締切日 20日 賃金支払日 25日 休業開始日 4月15日の場合



解説：4月25日に支払われた賃金の中には、3月21日～4月14日を対象とした給与・手当等が含まれているため、「支給対象期間その1」には、介護休業期間中を対象としていることが明確な賃金のみを計上することとしてください。

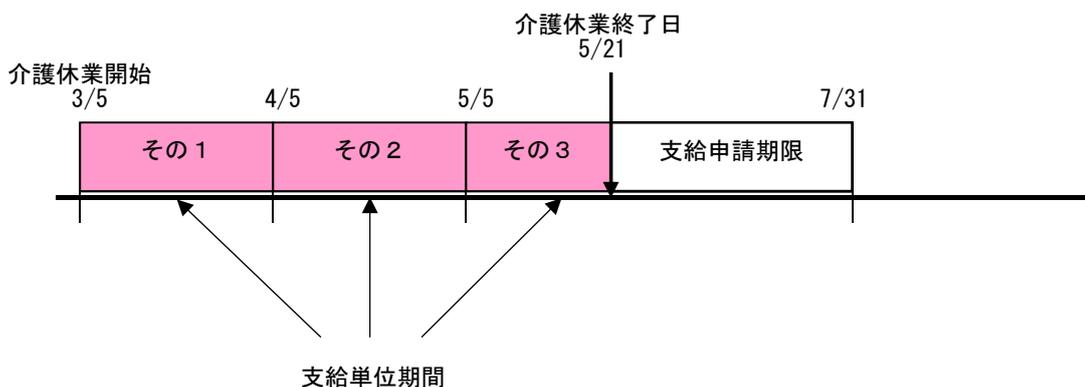
### (3) 支給対象期間は . . . . .

介護休業給付金の支給対象期間は次のとおりです。

- イ 介護休業開始日から1か月ごとに区切った期間を単位として、一回の介護休業期間は最長3か月となるため、一回の介護休業につき、最大3支給単位期間を支給。
- ロ 3か月を経過するまでに介護休業を終了し職場復帰をした場合は、介護休業を終了した日まで。なお、93日を限度に3回までに限り支給。

#### 例 示

介護休業開始日 3月5日 介護休業終了日 5月21日



解説： 上記のような事例では、介護休業開始後3か月を経過するまでの間に職場復帰をしているため、介護休業終了日（＝5月21日）までの期間が支給対象となります。

また、最後の支給単位期間（5月5日～5月21日）については、就業していると認められる日が10日以下であるとともに、介護休業による全日休業日が1日以上あれば支給対象となります。

また、介護休業給付の申請は、「対象介護休業の終了日の翌日から起算して2か月を経過する日の属する月の末日まで」となっていることから、この場合の支給申請期限は7月31日までとなります。

#### (4) 支給額は . . . . .

##### ① 休業期間中に賃金が支払われていない場合

イ 支給単位期間が1か月ある場合（最後の支給単位期間を除く。）

**支給額 = 休業開始時賃金日額 × 支給日数（30日※'） × 67%**

ロ 最後の支給単位期間（職場復帰等による休業終了日を含む。）の場合

**支給額 = 休業開始時賃金日額 × 支給日数（暦の日数※'） × 67%**

※' 支給日数について

- 休業終了日を含まない支給単位期間 . . . . . 30日
- 休業終了日を含む支給単位期間 . . . . . 暦の日数（最後の支給単位期間の初日から休業終了日までの日数）

##### ② 休業期間中に事業主から賃金が支払われている場合

イ 支払われた賃金が、休業開始時賃金月額額の13%以下の場合

**支給額 = 休業開始時賃金日額 × 支給日数 × 67%**

ロ 支払われた賃金が、休業開始時賃金月額額の13%超～80%未満の場合

**支給額 = 休業開始時賃金日額 × 支給日数の80%相当額と賃金の差額を支給。**

ハ 支払われた賃金が、休業開始時賃金月額額の80%以上の場合

**支給額 = 支給されません。**

なお、休業開始時賃金月額には、上限額および下限額があります。

**令和6年8月1日現在の賃金月額の上限額と下限額**

**上限額 518,100円※**（令和6年7月31日までは509,400円）

**下限額 86,070円※**（令和6年7月31日までは82,380円）

※ 上限額及び下限額は、毎年8月1日に変更される場合があります。

また、以下の**支給上限額**により、減額される場合や支給されない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

**令和6年8月1日現在支給上限額について**

**支給上限額 347,127 円※**（令和6年7月31日まで 341,298 円）

※ 支給限度額及び最低限度額は、毎年8月1日に変更される場合があります。

具体例：休業開始時の賃金日額が7,000円（賃金月額が21万円）であって、

- ① 支給単位期間中に賃金が支払われていない場合（13%以下）  
→ 支給額＝7,000円×30日×67%＝140,700円
- ② 支給単位期間に賃金が15万円支払われた場合（13%超～80%未満）  
→ 休業開始時賃金月額の80%＝7,000円×30×80%＝168,000円  
支給額＝168,000円－150,000円＝18,000円
- ③ 支給単位期間に賃金が17万円支払われた場合（80%以上）  
→ 支給されません。

**(5) 受給資格の確認・申請は・・・**

雇用する被保険者が介護休業給付の支給を受けるときは、以下の手続きが必要です。

**届出書類**・・・「雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書（介護）」  
「介護休業給付金支給申請書」

**提出期限**・・・

**(1) 賃金月額証明書**

被保険者が「介護休業給付金支給申請書」を提出する日まで。ただし、事業主を経由して「介護休業給付金支給申請書」を提出する場合には、その支給申請書と同時に（支給申請書の提出期限までに）提出することができます。

**(2) 介護休業給付金支給申請書**

**各介護休業終了日**（介護休業期間が3か月以上にわたるときは介護休業開始日から起算して3か月を経過した日）の翌日から起算して2か月を経過する日の属する月の末日まで

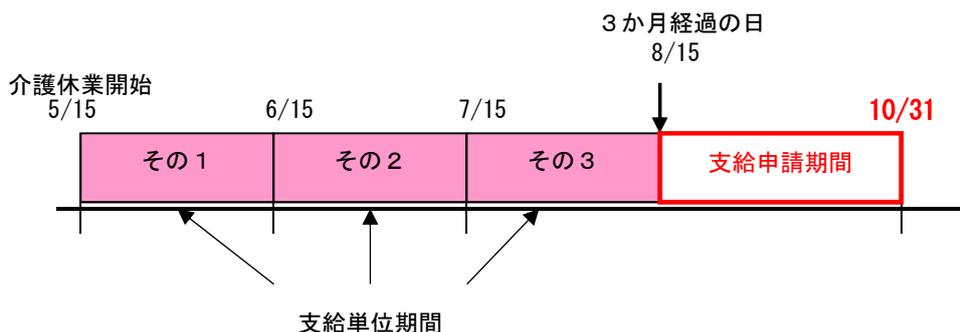
**届出先**・・・事業所の所在地を管轄するハローワーク

**持参するもの**・・・

- 賃金台帳、出勤簿（タイムカード）、労働者名簿、雇用契約書など
- 本人が事業主に提出した介護休業申出書
- 介護対象家族の氏名・性別・生年月日及び被保険者との続柄等が分かる書類の写し（住民記載事項証明書など）

※介護休業給付金支給申請書は、マイナンバーを記載して提出してください。

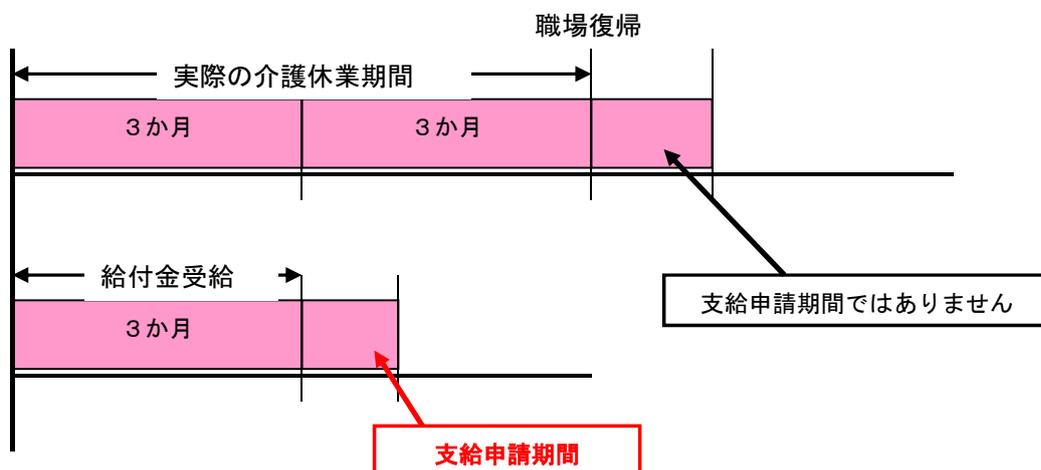
支給申請は、一回の介護休業ごとに、支給対象期間（最大3か月分）すべてについて、まとめて行います。



また、支給申請期限は、**各介護休業終了日**（介護休業期間が3か月以上にわたるときは介護休業開始日から起算して3か月を経過した日）の翌日から起算して**2か月を経過する日の属する月の末日まで**です。

**※ 注意してください！**

**例示 6か月間介護休業を取得した場合**



**注意：介護休業開始日から3か月を経過した日以後も、引き続き介護休業を取得している場合の支給申請期限には、ご注意ください。**

**(6) 支給申請の結果は . . . . .**

支給申請後は、支給の可否及び支給額を記載した「介護休業給付金支給・不支給決定通知書」を交付いたしますので、**必ず被保険者に対して交付**してください。

**(7) 給付金の口座振込みは . . . . .**

支給決定された給付金は、支給決定日（支給決定通知書に印字されています。）から約1週間後に、申請者本人が指定した金融機関の本人名義の普通預金（貯金）口座に振り込まれます。

また、振込者名は、「コウセイロウドウショウ ショクギョウアンテイキョク」となります（金融機関によっては、振込者名の表示が途切れたりする場合があります）。

## 4 その他

### (1) 受給中に本人が死亡したとき

死亡した月（日）の前月（前の支給対象期間）までについて、生計を同じにしていた遺族の方が支給申請を行うことができます（ただし、死亡日が支給対象期間の末日の場合は、死亡日を含む期間も支給申請を行うことができます）。

これを、**未支給介護休業給付**といいます。

この請求は、死亡した日の翌日から起算して6か月以内にする必要があります。詳しくは、事業所を管轄するハローワークにお問い合わせください。

### (2) 不正を行ったとき

本来は、介護休業給付を受けることができないにもかかわらず、不正な手段により介護休業給付の支給を受け、または受けようとした場合（実際に受けたか否かを問いません。）は、不正受給の処分を受けることとなります。

このような場合、不正受給した金額の**3倍**の金額を納めなければならない、これらの支払いを怠った場合は、財産の差し押さえが行われる場合がありますので、支給申請書の記載内容をよくお確かめのうえ、ご提出をお願いします。

**また、事業主が虚偽の支給申請書等を提出した場合等は、事業主も本人と連帯して処分等を受けることとなります。**



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          | テリコ ユカ             |                      | ④ 休業等を開始した日の年 月 日 | 令和 5 年 11 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                |                   |   |
| 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 | 〒 359-0004 所沢市並木6-34 |                   |   |
| 事業所所在地                                  | 立川市錦町1-19-1                                 |                 | 電話番号               | 042-949-9809         |                   |   |
| 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1-11                           |                 |                    |                      |                   |   |
| 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 ①の期における支払日数                               | ⑨ 賃金支払対象期間      | ⑩ ⑧の基礎日数           | ⑪ 賃 金 額              |                   | ⑫ 備 考   |
| 休業等を開始した日                               | 11月5日                                       |                 |                    | ⑬                    | ⑭                 | 計   |
| 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                               | 28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<br>所定労働時間短縮開始時賃金証明書<br>令和 年 月 日<br>(受理番号 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15条の2 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図らなければならない旨を記載してください。

本手続は電子申請による申請が可能です。

なお、本手続について、社会保険労務士が事業主の委託を受け、電子申請により本証明書の届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者であることを証明するものを本証明書の提出と併せて提出することをもって、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 提出代行者 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5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に準じた取り扱いをお願いいたします。(46 ページ参照))

#### 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 日以上の月を 6 か月以上記入する必要があります。6 か月に満たない場合は、賃金の支払いの基礎となった時間数が 80 時間以上の月も記入する必要があります。  
(※当該記入方法については、離職票への記入方法に準じた取り扱いをお願いいたします。(46 ページ参照))

#### 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101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                         | 1. 介護休業給付者の個人番号               |  |
|                              | 16601                         | 123456789012                             |
| 2. 被保険者番号                    | 3. 資格取得年月日                    |  |
| 1300-234567-8                | 4-170401 (3 期 4 平成)           |  |
| 4. 被保険者氏名                    | フリガナ (カタカナ)                   |  |
| 労働 太郎                        | ロウトウ タロウ                      |  |
| 5. 事業用番号                     | 6. 姓 (漢字)                     | 7. 名 (漢字)                                |
| 1300-765432-1                | 労働                            | 太郎                                       |
| 8. 介護休業開始年月日                 | 9. 介護対象者の個人番号                 |  |
| 5-050531                     | 987654321012                  |  |
| 10. 介護対象者の姓 (カタカナ)           | 11. 介護対象者の名 (カタカナ)            | 12. 介護対象者の性別                             |
| ロウトウ                         | イチロウ                          | 1 (男) 2 (女)                              |
| 14. 介護対象者の姓 (漢字)             | 15. 介護対象者の名 (漢字)              | 16. 介護対象者の生年月日                           |
| 労働                           | 一郎                            | 3-240721 (1 期 4 平成)                      |
| 17. 支給対象期間の1 (初日) (末日)       | 18. 全日休業日数                    | 19. 支払われた賃金額                             |
| 5-050531-0629                | 30                            | 円  |
| 20. 支給対象期間の2 (初日) (末日)       | 21. 全日休業日数                    | 22. 支払われた賃金額                             |
| 5-050630-0730                | 31                            | 円  |
| 23. 支給対象期間の3 (初日) (末日)       | 24. 全日休業日数                    | 25. 支払われた賃金額                             |
| 5-050731-0830                | 31                            | 円  |
| 26. 介護休業終了年月日                | 27. 終了事由                      |  |
| 5-050831 (介護休業期間が93日未満のとき記入) | 1 職場復帰 2 休業事由の消滅              |  |
| 28. 賞金月額 (区分一日額又は総額)         | 29. 同一対象者に係る介護休業開始年月日         | 30. 期間満了者の継続雇用が見込み                       |
| 円 (1 日額) (2 総額)              | 円                             |  |
| 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. 特例事項                                 |
| 1 未支給                        | 1 否 (期間) 2 否 (対象者) 3 否 (3 日超) | 1 チェック不要 2 再発 (他の休業の終了) 3 再発 (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。

令和 5 年 9 月 10 日 事業所名 (所在地・電話番号) 株式会社 雇用保険 千代田区農が岡1-2-2 03-5253-1111  
 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 5 年 9 月 10 日 住 所 東京都千代田区九段南1-2-1  
 申請者氏名 労働 太郎

|             |              |                |      |               |         |      |       |     |
|-------------|--------------|----------------|------|---------------|---------|------|-------|-----|
| 払渡希望金融機関指定届 | 36. 払渡希望金融機関 | フリガナ           | 名称   | 給付信用金庫 飯田橋 本店 | 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) | 口座番号 | (普通) 7654321  |         |      |       |     |
|             |              | ゆうちょ銀行         | 記号番号 | (総合)          |         |      |       |     |

|    |       |       |      |   |           |          |
|----|-------|-------|------|---|-----------|----------|
| 備考 | 賞金締切日 | 20 日  | 通算手当 | 無 | ※ 支給決定年月日 | 令和 年 月 日 |
|    | 賞金支払日 | 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 | 作成年月日・提出代行名・事務代理者の氏名 | 氏 名 | 電話番号 | ※ 所長 | 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（マイナンバー）を記入してください。

**9 「介護対象家族の個人番号」**

- ・介護対象家族の個人番号（マイナンバー）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。

## ○ 介護休業給付に関するQ & A

Q 「2週間以上の常時介護が必要な状態」は？

父が3か月ほど介護の必要な状態になるのですが、最初の10日間介護をすれば、その後は病院に入院して看護を受けられるため、10日間のみ介護休業を取得したいと考えています。

介護休業は、2週間以上にわたり常時介護を必要とする対象家族を介護するための休業とのことですが、10日間だけでは介護休業を取得し、介護休業給付を受給することはできないのでしょうか。

A 介護休業の期間は2週間以上である必要はありません。

ここでいう「2週間」とは、介護休業の対象となる期間ではなく、あくまでもお父さんが常時介護を必要とする期間をいうものであり、その期間中には病院等への入院や他の介護者による介護が行われ、被保険者本人が介護休業を取得する必要がない可能性もあります。

このため、10日間だけ介護休業を取得し、介護休業給付を受給することも可能です。

Q 同じ対象家族について、93日分介護休業給付金を受給しましたが、さらに、同じ対象家族について、要介護状態が変わったため再び介護休業を取得した場合、再度93日を限度に3回まで支給を受けることは可能でしょうか。

A 同じ対象家族については、要介護状態が変わった場合であっても、93日を超えて介護休業給付金の支給を受けることはできません。

Q 同じ対象家族について、複数の被保険者が同時に介護休業を取得した場合、それぞれに介護休業給付金を受けることは可能ですか。

A それぞれ、支給要件を満たせば支給可能です。

【参考様式】

## 介護休業申出書

人事部長

殿

[申出日] 令和 年 月 日

[申出者] 部 課

氏 名

私は、育児・介護休業等に関する規則（第〇条）に基づき、下記のとおり介護休業の申出をします。

### 記

|              |  |  |
|--------------|--|--|
| 1 休業に係る家族の状況 | (1) 氏名                                     |  |
|              | (2) 本人との続柄                                 |  |
|              | (3) 介護を必要とする理由                             |  |
| 2 休業の期間      | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで<br>(職場復帰予定日 令和 年 月 日) |  |
| 3 申出に係る状況    | (1) 休業開始予定日の2週間前に申し出て                      | いる・いない → 申出が遅れた理由<br>[ ]                     |
|              | (2) 1の家族について、これまでの介護休業をした回数及び日数            | 回 日  |
|              | (3) 1の家族について介護休業の申出を撤回したことが                | ない・ある ( 回)<br>→既に2回連続して撤回した場合、再度申出の理由<br>[ ] |