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

帳票種別 12601

1. 被保険者番号 1234-567890-1

2. 資格取得年月日 4-20040401（3 昭和 4 平成）

3. 事業所番号 1234-567890-2

4. 姓（漢字） 総務

5. 名（漢字） 太朗

6. 介護休業開始年月日 4-25090101

7. 介護対象家族の姓（カタカナ） ソウム

8. 介護対象家族の名（カタカナ） タロウ

9. 介護対象家族の性別 1（1 男 2 女）

10. 介護対象家族の続柄 2（1 配偶者 2 父母 3 子 4 配偶者の父母 5 同居かつ被扶養の祖父母 6 同居かつ被扶養の兄弟姉妹 7 同居かつ被扶養の孫）

11. 介護対象家族の姓（漢字） 総務

12. 介護対象家族の名（漢字） 士郎

13. 介護対象家族の生年月日 3-25010103（1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成）

14. 支給対象期間その１（初日） 4-250901（末日） -0930

15. 全日休業日数 30

16. 支払われた賃金額 0 円

17. 支給対象期間その２（初日） 4-251001（末日） -1031

18. 全日休業日数 31

19. 支払われた賃金額 0 円

20. 支給対象期間その３（初日） 4-251101（末日） -1130

21. 全日休業日数 30

22. 支払われた賃金額 0 円

23. 介護休業終了年月日 4-（介護休業期間が3ヵ月未満のとき記入）

24. 終了事由（1 職場復帰 2 休業事由の消滅）

（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。）

※公共職業安定所記載欄

25. 賃金月額（区分－日額又は総額）（1 日額 2 総額） 円

26. 同一対象家族に係る介護休業開始年月日 4-

27. 期間雇用者の継続雇用の見込み

28. 支払区分

29. 金融機関・店舗コード

口座番号

30. 未支給区分（空欄 未支給以外 1 未支給）

31. 処理区分（空欄 一括処理 1 否認（期間） 2 否認（対象家族） 3 資格確認のみ 4 支給のみ 5 否認（９３日超））

32. 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。

平成 25年 12月 1日

事業所名（所在地・電話番号） 横浜関内ビジネスサポートセンター株式会社 横浜市中区本町2-15-7F 045-664-0422

事業主氏名 代表取締役 平川 将 印

法人代表印

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。

平成 25年 12月 1日 横浜 公共職業安定所長 殿

申請者氏名（フリガナ） ソウム タロウ 総務 太朗 印

払渡希望金融機関指定届

払渡希望金融機関	フリガナ	ミナトミライギンコウ ミナトミライ	金融機関コード	店舗コード	金融機関による確認印
	名称	みなとみらい銀行 みなとみらい 本店 支店	0000	000	
	預金（貯金）通帳の記号（口座）番号	第 0000000 号			

通帳のコピーを添付すれば省略可

◆ 金融機関への お願い

雇用保険の失業等給付を受給者の金融機関口座へ迅速かつ正確に振り込むため、次のことについて御協力をお願いします。

1. 上記の記載事項のうち「申請者氏名」欄及び「預金（貯金）通帳の記号（口座）番号」欄等を確認した上、「金融機関による確認印」欄に貴金融機関（店舗名の明示されたもの）を押印してください。
2. 金融機関コード及び店舗コードを記入してください。

備考					
賃金締切日	末日 日	通勤手当	有（毎月・3か月・6か月）	※処理欄	支給決定年月日 平成 年 月 日
賃金支払日	当月・翌月 25日		無		支給決定額 円
					不支給理由
					通知年月日 平成 年 月 日

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
		印	

※	所長	次長	課長	係長	係	操作者

2013. 3