

介護休暇取得日のカレンダー

所属名	〇〇市	番号	9999	氏名	共済 太郎
-----	-----	----	------	----	-------

〇〇年〇〇月							年 月							年 月												
火	水	木	金	土	日	月																				
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7						
8	9	⑩	⑪	12	13	⑭	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14						
⑮	⑯	⑰	⑱	19	20	⑳	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21						
㉒	㉓	㉔	㉕	26	27	㉘	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28						
㉙	㉚	㉛					29	30	31					29	30	31										

曜日を記入願います。

※ 介護休業日に○印を記載願います。

※ 請求期間の祭日について、10割給付している場合は、×印を記載願います。

〈記載例〉

(例) 埼999-9999 埼玉 花子

介護休業承認期間 〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日

介護休業手当金の請求期間 〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日

10割支給日 〇〇年〇〇月〇〇日

所属名	〇〇市	番号	9999	氏名	埼玉 花子
-----	-----	----	------	----	-------

〇〇年〇〇月							〇〇年〇〇月							〇〇年〇〇月						
月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金		
①	②	×	×	×	6	7	①	②	3	4	⑤	⑥	⑦	1	2	③	④	⑤	⑥	⑦
⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	13	14	⑧	⑨	10	11	⑫	⑬	⑭	8	9	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭
⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	20	21	⑮	⑯	17	18	⑰	⑱	⑲	15	16	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑
㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	27	28	㉒	㉓	24	25	㉖	㉗	㉘	22	23	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘
㉙	㉚	㉛					㉙	㉚	㉛					29	30	㉛				

曜日を記入願います。

※ 介護休業日に○印を記載願います。

※ 請求期間の祭日について、10割給付している場合は、×印を記載願います。