様式第33号の５

介護休業給付金支給申請書

（なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク（▶）の所で折り曲げて下さい。）

（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下さい。）

帳票種別 10601

※修正項目番号　※漢字修正項目番号

※①安定所番号

②被保険者番号 ＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿－＿

③被保険者となった年月日 年 月 日

④事業所番号 ＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿－＿

⑤被保険者の姓（漢字）

⑥被保険者の名（漢字）

⑦介護休業開始日 平成 年 月 日

⑧介護対象家族の姓（カタカナ）

⑨介護対象家族の名（カタカナ）

⑩性別（1：男 2：女）

⑪介護対象家族の続柄（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）

⑫介護対象家族の姓（漢字）

⑬介護対象家族の名（漢字）

⑭介護対象家族の生年月日（元号－年月日）－ 年 月 日（1：明治 2：大正 3：昭和 4：平成）

⑮支給対象期間その１（初日－末日） 平成 年 月 日 － 月 日

⑯全日休業日数

⑰支払われた賃金額 百万 十万 万 千 百 十 円

⑱支給対象期間その２（初日－末日） 平成 年 月 日 － 月 日

⑲全日休業日数

⑳支払われた賃金額 百万 十万 万 千 百 十 円

㉑支給対象期間その３（初日－末日） 平成 年 月 日 － 月 日

㉒全日休業日数

㉓支払われた賃金額 百万 十万 万 千 百 十 円

㉔介護休業終了日 平成 年 月 日（介護休業期間が３ヵ月未満のとき記入）

㉕終了事由（1：職場復帰 2：休業事由の消滅）

※公共職業安定所記載欄

㉖賃金月額（区分－日額又は総額）－ 千万 百万 十万 万 千 百 十 円（1 日額 2 総額）

㉗当初の介護休業開始日 年 月 日

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（空白：未支給以外 1：未支給）

㉛処理区分（空白：一括処理 1：否認（期間） 2：否認（家族） 3：資格確認のみ 4：支給のみ）

㉜特殊事項（1:チェック不要 2:再開）

修正欄

漢字修正欄

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

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。

事業所名（所在地）

平成　年　月　日　事業主名　㊞

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　年　月　日　公共職業安定所長　殿　申請者氏名（フリガナ）　㊞

※雇用保険と通帳のお名前が同じでないと振込みできません。

払渡希望金融機関指定届

払渡希望金融機関	フリガナ		金融機関コード	店舗コード	金融機関確認印
	名称	本店 支店			
	預金（貯金）通帳の記号（口座）番号	第 普通預金口座 □□□□□□□ 号			

振込みを希望する支店で確認印をもらってください↑

◆ 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、「金融機関確認印」欄に貴金融機関確認印（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。

（注）郵便局・外資系金融機関の口座への振込みはできません。

備考		※処理欄		
			支給決定年月日	平成　年　月　日
			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
		㊞	

※

所長		次長		課長		係長		係		操作者	

953 15.3 SY