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 16601

1.介護休業被保険者の個人番号

2.被保険者番号

3.資格取得年月日 （3 昭和 4 平成 5 令和） 元号 年 月 日

4.被保険者氏名

フリガナ（カタカナ）

5.事業所番号

6.姓（漢字）

7.名（漢字）

8.介護休業開始年月日 元号 年 月 日

9.介護対象家族の個人番号

10.介護対象家族の姓（カタカナ）

11.介護対象家族の名（カタカナ）

12.介護対象家族の性別（1 男 2 女）

13.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 祖父母 6 兄弟姉妹 7 孫）

14.介護対象家族の姓（漢字）

15.介護対象家族の名（漢字）

16.介護対象家族の生年月日（1 明治 4 平成 2 大正 5 令和 3 昭和） 元号 年 月 日

17.支給対象期間その１（初日） （末日）

18.全日休業日数

19.支払われた賃金額 円

20.支給対象期間その２（初日） （末日）

21.全日休業日数

22.支払われた賃金額 円

23.支給対象期間その３（初日） （末日）

24.全日休業日数

25.支払われた賃金額 円

26.介護休業終了年月日 元号 年 月 日（介護休業期間が93日未満のとき記入）

27.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

28.賃金月額（区分－日額又は総額）（1 日額 2 総額） 円

29.同一対象家族に係る介護休業開始年月日 元号 年 月 日

30.期間雇用者の継続雇用の見込み

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（空欄 未支給以外 1 未支給）

34.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） 6 否認（取得回数））

35.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。

令和 年 月 日

事業所名（所在地・電話番号）

事業主氏名

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。

令和 年 月 日

公共職業安定所長 殿

住所

申請者氏名（フリガナ）

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

備考				※処理欄		
	賃金締切日	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
	賃金支払日	当月・翌月 日		無	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	

2021. 9

注　意

1　この申請書は、介護休業終了日（介護休業期間が３ヵ月以上にわたるときは介護休業開始日から３ヵ月経過した日。以下同様。）の翌日以降、その日から２ヵ月経過する日の属する月の末日までの間に、事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に、事業主を経由して提出してください。ただし、やむを得ない理由のため事業主を経由して提出することが困難である場合には、申請者本人が提出することができます。

2　介護休業給付金は、家族を介護するための休業（注１）をした被保険者であって、当該休業を開始した日前２年間（注２）に、賃金支払基礎日数が11日以上ある月（注３）が通算して12ヵ月以上ある方が支給対象となります。

（注１）負傷、疾病又は身体上若しくは精神上の障害により２週間以上にわたり常時介護（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（被保険者の配偶者、父母及び子並びに祖父母、兄弟姉妹及び孫並びに配偶者の父母のいずれか）を介護するために取得した休業であって、一人の家族につき、休業開始日から最大３ヵ月までの介護休業期間に限ります。
なお、同一家族について複数回介護休業を取得する場合は、支給日数が通算して93日以内であり、３回以下の休業が介護休業給付金の支給の対象となります。

（注２）当該家族を介護するための２回目以降の介護休業に係る申請を行う場合は、初回の休業を開始した日前の２年間。

（注３）過去に基本手当の受給資格の決定を受けたことがある方については、その決定後のものに限ります。

3　介護休業給付金は、支給対象期間（休業開始日から起算して１ヵ月ごとに区分した各期間（その１ヵ月の間に介護休業終了日を含む場合はその介護休業終了日までの期間））ごとに、就業していると認められる日数が10日以下であることを条件に、休業開始時賃金月額証明書（票）によって算定される賃金日額に支給日数（注４）に乗じて得た額の67%相当額を限度として支給額を計算し、その合計額を一括して１回で支給されます。支給対象期間中にその介護休業期間中を対象とした賃金が支給されている場合、その額と賃金日額に支給日数を乗じて得た額の67%相当額の合計が（賃金日額）×（支給日数）×80%を超える場合、当該超えた額が減額されます。

（注４）賃金日額は、原則として休業開始前６ヵ月の賃金を180で除した額であり、支給日数は、一の支給対象期間につき30日（休業終了日の属する支給対象期間については、休業終了日までの日数。）。

4　申請書には、次の確認書類の添付が必要です。
（1）休業開始時賃金月額証明書（票）、（2）介護休業給付金支給申請書の内容を確認できる書類〔イ　本人が事業主に提出した介護休業申出書、ロ　介護対象家族の方の氏名、申請者本人との続柄、性別、生年月日が確認できる書類（住民票記載事項証明書等）、ハ　介護休業の開始日・終了日、介護休業期間中の休業日数の実績が確認できる書類（出勤簿等）、ニ　介護休業期間中に介護休業期間を対象として支払われた賃金が確認できる書類（賃金台帳等）〕

5　申請書の記載について

（１）□□□□ で表示された枠に記入する文字は、光学式文字読取装置（ＯＣＲ）で直接読取を行いますので、大きめのアラビア数字の標準字体、カタカナ、または漢字（6欄、7欄、14欄及び15欄に限る）によって枠からはみ出さないように明瞭に記載するとともに、この用紙を汚したり必要以上に折り曲げたりしないでください。カタカナの濁点及び半濁点は、１文字として取扱い（例：ガ→カ゛、パ→ハ゜）、また「ヰ」及び「ヱ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用してください。年月日が１桁の場合は、それぞれ１０の位の部分に０を付加して２桁で記載してください。（例：平成３年２月１日→ 4 − 0 3 0 2 0 1 ）
※印の付いた欄には記載しないでください。

（２）1欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、申請者の個人番号（マイナンバー）を記載してください。

（３）2欄及び3欄には、それぞれ、雇用保険被保険者証に記載されている被保険者番号及び資格取得年月日を記載してください。
なお被保険者番号が16桁（２段／上６桁・下10桁）で記載されている場合は、下段の10桁について左詰めで記載し、最後の枠を空枠としてください。

（４）5欄には、事業所番号が連続した10桁である場合は、最初の４桁を最初の４つの枠内に、残りの６桁を「−」に続く６つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠を空枠としてください。

（５）8欄は事業主が介護休業として取得を認めた休業期間の初日（介護休業開始日）を記載し、17欄の初日はこれと同日となります。支給対象期間が２つ以上の場合は、介護休業開始日の翌月・翌々月における、介護休業開始日と日が同じ年月日（その日がない場合は月末日）を、20欄及び23欄の初日に記載し、その上で、次期支給対象期間の初日の前日（ただし介護休業終了日を含む最後の支給対象期間についてはその介護休業終了日）を、17欄、20欄及び23欄の末日に記載してください。

（６）9欄には必ず対象家族の番号確認と身元確認の本人確認を行った上で対象家族の個人番号（マイナンバー）を記載してください。

（７）18欄、21欄及び24欄の全日休業日には、支給対象期間中に全日にわたって介護休業をしている日（日曜日、祝日等のような所定労働日以外の日も含みます。）の数を記載してください。

（８）19欄、22欄及び25欄には、支給対象期間中に支払われた賃金（臨時の賃金、３ヵ月を超える期間ごとに支払われる賃金を除く。）の額を記載してください。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。
また、賃金締切日、賃金支払日及び通勤手当に関する事項について備考欄に記載し、併せて賃金に含まれるか判断しかねるものについては、備考欄の下方にその額とその名称といずれかの支給対象期間に支払われたものかを記載してください。

（９）26欄は、介護休業開始日から３ヵ月を経過する日前に介護休業が終了した場合に限って、その介護休業終了日を記載し、その上で、27欄にその場合の終了の理由をコード番号で記載してください。なお、「２　休業事由の消滅」とは、介護休業終了日の予定日の前日までに、介護対象家族の死亡等の、被保険者がその家族に対する介護をしないこととなった事由が生じたこと、又は、介護休業が他の介護休業、産前産後休業、育児休業が開始されたことにより終了した場合（その場合備考欄にそれらの休業開始日と休業終了予定日を記載してください）をいいます。

6　払渡希望金融機関指定届の記載について

（１）「名称」欄に介護休業給付金の払渡しを希望する金融機関（ゆうちょ銀行を含む。）の名称及び店舗名（ゆうちょ銀行の場合は名称のみ）、「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄又は「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄に申請者本人名義の通帳の記号（口座）番号を記載してください。

（２）払渡しできる口座は、金融機関の普通預（貯）金口座に限られます。

（３）支給申請書の提出と同時に申請者本人の名義の通帳、キャッシュカードその他の払渡希望金融機関の口座情報を確認できるものを提示してください。

7　申請は正しく行ってください。偽りの記載をして提出した場合には、介護休業給付金を受けることができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還とさらにそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。また、事業主は、記載事実に誤りのないことの証明を行ってください。事業主が偽りの証明をした場合には、不正に受給した者と連帯して、不正受給金の返還、納付命令、詐欺罪として刑罰に処せられる場合があります。

8　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、電子申請により本申請書の提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申請書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

9　本手続について、事業主が本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該事業主が被保険者から、当該被保険者本人の申請であることを証明するものを提出させ、保存しておくことをもって、当該被保険者の（電子）署名に代えることができます。この場合の申請者氏名欄には、申請者氏名に代えて「申請について同意済み」と記載してください。