様式第三十三号の五の二（第二面）中「17.」を「20.」に、「18.」を「21.」に改める。

様式第三十三号の五の二（第二面）注意3(1)に次のように加える。

なお、申請時点において、すでに育児休業が終了している場合は、最終支給単位期間を含む３ヶ月分の支給単位期間について申請できますので、最終支給単位期間に係る申請については、10欄に記載してください。

様式第三十三号の五の二（第二面）注意3(2)中「及び8欄」を「、8欄及び11欄」に、「及び7欄」を「、7欄及び10欄」に改め、同3(3)中「及び9欄」を「、9欄及び12欄」に改め、同3(4)中「及び9欄」を「、9欄及び12欄」に、「及び7欄」を「、7欄及び10欄」に、「15欄及び16欄」を「20欄及び21欄」に改め、同3(5)中「10欄」を「13欄」に改め、同3(7)中「11欄」を「14欄」に改め、同3(8)中「12欄」を「15欄」に、「13欄」を「16欄」に改める。

様式第三十三号の六（第一面）を次のように改める。

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 1 2 6 0 1

1. 被保険者番号 □□□□－□□□□□□－□

2. 資格取得年月日 □－□□年□□月□□日（3 昭和 4 平成）

3. 事業所番号 □□□□－□□□□□□－□

4. 姓（漢字）　5. 名（漢字）

6. 介護休業開始年月日 4－□□年□□月□□日

7. 介護対象家族の姓（カタカナ）　8. 介護対象家族の名（カタカナ）

9. 介護対象家族の性別（1 男 2 女）

10. 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）

11. 介護対象家族の姓（漢字）　12. 介護対象家族の名（漢字）

13. 介護対象家族の生年月日 □－□□年□□月□□日（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－□□年□□月□□日 （末日） □□月□□日

15. 全日休業日数 □□

16. 支払われた賃金額 □,□□□,□□□円

17. 支給対象期間その２（初日） 4－□□年□□月□□日 （末日） □□月□□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３（初日） 4－□□年□□月□□日 （末日） □□月□□日

21. 全日休業日数 □□

22. 支払われた賃金額 □,□□□,□□□円

23. 介護休業終了年月日 4－□□年□□月□□日（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） □－□□,□□□,□□□円（1 日額 2 総額）

26. 同一対象家族に係る介護休業開始年月日 4－□□年□□月□□日

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　年　月　日　事業所名（所在地・電話番号）　事業主氏名　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　年　月　日　公共職業安定所長　殿　申請者氏名（フリガナ）　印

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　号			

◆ 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。

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	平成　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	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