様式第三十三号の六（第百一条の十九関係）

■　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　1 4 6 0 1

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　元号 年 月 日　（3 昭和　4 平成）

4. 事業所番号

5. 姓（漢字）

6. 名（漢字）

7. 介護休業開始年月日　元号 年 月 日

8. 介護対象家族の個人番号

9. 介護対象家族の姓（カタカナ）

10. 介護対象家族の名（カタカナ）

11. 介護対象家族の性別（1 男　2 女）

12. 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）

13. 介護対象家族の姓（漢字）

14. 介護対象家族の名（漢字）

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

16. 支給対象期間その１（初日）　元号 年 月 日　（末日）　年 月 日

17. 全日休業日数

18. 支払われた賃金額　円

19. 支給対象期間その２（初日）　元号 年 月 日　（末日）　年 月 日

20. 全日休業日数

21. 支払われた賃金額　円

22. 支給対象期間その３（初日）　元号 年 月 日　（末日）　年 月 日

23. 全日休業日数

24. 支払われた賃金額　円

25. 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）

26. 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

27. 賃金月額（区分一日額又は総額）　円　（1 日額　2 総額）

28. 同一対象家族に係る介護休業開始年月日　元号 年 月 日

29. 期間雇用者の継続雇用の見込み

30. 支払区分

31. 金融機関・店舗コード

口座番号

32. 未支給区分　（空欄 未支給以外　1 未支給）

33. 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））

34. 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　住所（フリガナ）　申請者氏名　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	金融機関による確認印
	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）	－	

◆　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、「名称」欄及び「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄（「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄）を確認した上、「金融機関による確認印」欄に貴金融機関確認印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（ゆうちょ銀行の場合を除く。）。

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	※	所長	次長	課長	係長	係	操作者
		印								

様式第三十三号の六（第百一条の十九関係）

■　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　1 4 6 0 1

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　元号 年 月 日　（3 昭和　4 平成）

4. 事業所番号

5. 姓（漢字）

6. 名（漢字）

7. 介護休業開始年月日　元号 年 月 日

8. 介護対象家族の個人番号

9. 介護対象家族の姓（カタカナ）

10. 介護対象家族の名（カタカナ）

11. 介護対象家族の性別（1 男　2 女）

12. 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）

13. 介護対象家族の姓（漢字）

14. 介護対象家族の名（漢字）

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

16. 支給対象期間その１（初日）　元号 年 月 日　（末日）　年 月 日

17. 全日休業日数

18. 支払われた賃金額　円

19. 支給対象期間その２（初日）　元号 年 月 日　（末日）　年 月 日

20. 全日休業日数

21. 支払われた賃金額　円

22. 支給対象期間その３（初日）　元号 年 月 日　（末日）　年 月 日

23. 全日休業日数

24. 支払われた賃金額　円

25. 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）

26. 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

27. 賃金月額（区分一日額又は総額）　円　（1 日額　2 総額）

28. 同一対象家族に係る介護休業開始年月日　元号 年 月 日

29. 期間雇用者の継続雇用の見込み

30. 支払区分

31. 金融機関・店舗コード

口座番号

32. 未支給区分　（空欄 未支給以外　1 未支給）

33. 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））

34. 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

◆　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、「名称」欄及び「銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄（「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄）を確認した上、「金融機関による確認印」欄に貴金融機関確認印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（ゆうちょ銀行の場合を除く。）。