

(介護) 雇用保険休業開始時賃金月額証明書作成依頼書

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
介護休業開始日	年 月 日
賃金形態	月給 ・ 日給 ・ 時間給
賃金の〆日・支払日	毎月 日締め 当月・翌月 日払
1週間の所定労働時間	1週 時間 分 ※賃金形態が日給、時間給の方のご記入をお願いします。
添付いただきたい書類一覧	
・ 介護休業開始前1年間の賃金台帳 ※勤務日数により、それ以上ご用意いただく場合があります。 ・ 介護休業開始前日前1年間の出勤簿 ※勤務日数により、それ以上ご用意いただく場合があります。	

上記記載事項について手続きをお願いします。

川口商工会議所労働保険事務組合 殿

提出日 年 月 日

事業所住所 〒

事業所名

代表者名

電話番号



ご用意いただきました各種書類は下記の郵送先にご送付ください。

郵送先

〒332-8522

川口市本町4-1-8 川口センタービル8階

川口商工会議所労働保険事務組合 行

介護休業給付は介護休業終了後に受給資格の確認と支給申請を同時に行います。