

介護休暇取得日のカレンダー

所属名		番号		氏名	
-----	--	----	--	----	--

年 月							年 月							年 月						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31					29	30	31					29	30	31				

曜日を記入願います。

※ 介護休業日に○印を記載願います。

※ 請求期間の祭日について、10割給付している場合は、×印を記載願います。

〈記載例〉

(例) 埼140-999 埼玉 花子

介護休業承認期間 ○○年○○月○○日 ～ ○○年○○月○○日
 介護休業手当金の請求期間 ○○年○○月○○日 ～ ○○年○○月○○日
 10割支給日 ○○年○○月○○日

所属名	○○市	番号	9999	氏名	埼玉 花子
-----	-----	----	------	----	-------

○○年○○月							○○年○○月							○○年○○月						
月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
①	②	×	×	×	6	7	①	②	3	4	⑤	⑥	⑦	1	2	③	④	⑤	⑥	⑦
⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	13	14	⑧	⑨	10	11	⑫	⑬	⑭	8	9	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭
⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	20	21	⑮	⑯	17	18	⑰	⑱	⑲	15	16	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑
⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	27	28	㉒	㉓	24	25	㉔	㉕	㉖	22	23	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘
㉙	⑳	㉑					㉙	⑳	31					29	30	㉑				

曜日を記入願います。

※ 介護休業日に○印を記載願います。

※ 請求期間の祭日について、10割給付している場合は、×印を記載願います。