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 1 XXXXXXXXXXXX

2. 被保険者番号 2 1234-567890-1

3. 資格取得年月日 3 4-17年04月01日（3 昭和 4 平成 5 令和）

4. 被保険者氏名 4 山田 花子

フリガナ（カタカナ） ヤマダ ハナコ

5. 事業所番号 5 1301-000001-0

6. 姓（漢字） 6 山田

7. 名（漢字） 7 花子

8. 介護休業開始年月日 8 5-08年05月07日

9. 介護対象家族の個人番号 9 XXXXXXXXXXXX

10. 介護対象家族の姓（カタカナ） 10 ヤマダ

11. 介護対象家族の名（カタカナ） 11 イチロウ

12. 介護対象家族の性別 12 1（1 男 2 女）

13. 介護対象家族の続柄 13 2（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） 14 山田

15. 介護対象家族の名（漢字） 15 一郎

16. 介護対象家族の生年月日 16 3-25年07月20日（1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和）

17. 支給対象期間その１（初日） 17 5-08年05月07日 （末日） 06月06日

18. 全日休業日数 18 31

19. 支払われた賃金額 19 0円

20. 支給対象期間その２（初日） 20 5-08年06月07日 （末日） 07月06日

21. 全日休業日数 21 30

22. 支払われた賃金額 22 0円

23. 支給対象期間その３（初日） 23 5-08年07月07日 （末日） 07月25日

24. 全日休業日数 24 19

25. 支払われた賃金額 25 0円

26. 介護休業終了年月日 26 5-08年07月25日（介護休業期間が93日未満のとき記入）

27. 終了事由 27 1（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） －円（1 日額 2 総額）

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））

事業主

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

申請者

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）

36.

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
	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	
備考				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

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 6 6 0 1

1. 介護休業被保険者の個人番号 1 X X X X X X X X X X X X

2. 被保険者番号 2 1234-567890-1

3. 資格取得年月日 3 4-17年04月01日（3 昭和 4 平成 5 令和）

4. 被保険者氏名 4 山田 花子

フリガナ（カタカナ） ヤマダ ハナコ

5. 事業所番号 5 1301-000001-0

6. 姓（漢字） 6 山田

7. 名（漢字） 7 花子

8. 介護休業開始年月日 8 5-08年08月31日

9. 介護対象家族の個人番号 9 X X X X X X X X X X X X

10. 介護対象家族の姓（カタカナ） 10 ヤマダ

11. 介護対象家族の名（カタカナ） 11 イチロウ

12. 介護対象家族の性別 12 1（1 男 2 女）

13. 介護対象家族の続柄 13 2（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） 14 山田

15. 介護対象家族の名（漢字） 15 一郎

16. 介護対象家族の生年月日 16 3-25年07月20日（1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和）

17. 支給対象期間その１（初日） 17 5-08年08月31日 （末日） 09月29日

18. 全日休業日数 18 30

19. 支払われた賃金額 19 ,,0円

20. 支給対象期間その２（初日） 20 5-08年09月30日 （末日） 10月30日

21. 全日休業日数 21 31

22. 支払われた賃金額 22 ,,0円

23. 支給対象期間その３（初日） 23 5-08年10月31日 （末日） 11月30日

24. 全日休業日数 24 31

25. 支払われた賃金額 25 ,,0円

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

27. 終了事由 27 （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

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 1 XXXXXXXXXXXX

2. 被保険者番号 2 1234-567890-1

3. 資格取得年月日 3 4-1-7-04-01（3 昭和 4 平成 5 令和）

4. 被保険者氏名 4 山田 花子

フリガナ（カタカナ） ヤマダ ハナコ

5. 事業所番号 5 1301-000001-0

6. 姓（漢字） 6 山田

7. 名（漢字） 7 花子

8. 介護休業開始年月日 8 5-08-04-01

9. 介護対象家族の個人番号 9 XXXXXXXXXXXX

10. 介護対象家族の姓（カタカナ） 10 ヤマダ

11. 介護対象家族の名（カタカナ） 11 イチロウ

12. 介護対象家族の性別 12 1（1 男 2 女）

13. 介護対象家族の続柄 13 2（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） 14 山田

15. 介護対象家族の名（漢字） 15 一郎

16. 介護対象家族の生年月日 16 3-25-07-20（1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和）

17. 支給対象期間その１（初日） 17 5-08-04-01 （末日） -04-30

18. 全日休業日数 18 30

19. 支払われた賃金額 19 ,,0 円

20. 支給対象期間その２（初日） 20 5-08-05-01 （末日） -05-31

21. 全日休業日数 21 31

22. 支払われた賃金額 22 ,,0 円

23. 支給対象期間その３（初日） 23 5-08-06-01 （末日） -06-30

24. 全日休業日数 24 30

25. 支払われた賃金額 25 ,,0 円

26. 介護休業終了年月日 26 （空欄のまま）（介護休業期間が93日未満のとき記入）

27. 終了事由 27 （1 職場復帰 2 休業事由の消滅）

※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））

（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。）

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　フリガナ 申請者氏名

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

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 1 XXXXXXXXXXXX

2. 被保険者番号 2 1234－567890－1

3. 資格取得年月日 3 4－170401（3 昭和 4 平成 5 令和）（元号 年 月 日）

4. 被保険者氏名 4 山田 花子

フリガナ（カタカナ） ヤマダ ハナコ

5. 事業所番号 5 1301－000001－0

6. 姓（漢字） 6 山田

7. 名（漢字） 7 花子

8. 介護休業開始年月日 8 5－080901（元号 年 月 日）

9. 介護対象家族の個人番号 9 XXXXXXXXXXXX

10. 介護対象家族の姓（カタカナ） 10 ヤマダ

11. 介護対象家族の名（カタカナ） 11 イチロウ

12. 介護対象家族の性別 12 1（1 男 2 女）

13. 介護対象家族の続柄 13 2（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） 14 山田

15. 介護対象家族の名（漢字） 15 一郎

16. 介護対象家族の生年月日 16 3－250720（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） 17 5－080901－0930（元号 年 月 日 月 日）

18. 全日休業日数 18 30

19. 支払われた賃金額 19 ，，円

20. 支給対象期間その２（初日）（末日） 20 5－081001－1002（元号 年 月 日 月 日）

21. 全日休業日数 21 02

22. 支払われた賃金額 22 ，，円

23. 支給対象期間その３（初日）（末日） －（元号 年 月 日 月 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 26 5－081002（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 27 1（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） －，，円（1 日額 2 総額）

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