

育児休業手当金（休業中支給分）支給予定証明願

令和 年 月 日

千葉県市町村職員共済組合理事長 様

所 属 所 名
組 合 員 等 記 号 番 号
住 所
氏 名

令和 年 月 日から私が受給する育児休業手当金（休業中支給分）について、支給予定総額等について証明ください。

記

育児休業手当金支給予定対象期間及び日数	支給予定総額	訂正印
令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 日）		

注) 証明事項を訂正する場合、訂正箇所には訂正印を押印し、訂正印欄にその印影を表示します。これら処理なき訂正がされている証明は、無効です。

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

千葉県市町村職員共済組合理事長 印