

(共済組合提出用)

育児休業手当金(変更請求)請求書
(休業中支給分)

保健課長	課長補佐	保健係長	主任	支出決定伺

所属所番号	組合員等番号	所属機関名	所在地		
組合員氏名		性別	生年月日		
		1男 2女	3昭和 4平成 5令和	年	月 日
養育する子の氏名		性別	生年月日		
		1男 2女	5令和	年	月 日
育児休業期間		育児休業期間(変更後)			
5令和 年 月 日～5令和 年 月 日		5令和 年 月 日～5令和 年 月 日			
請求日額(休業中支給分)		休業中の標準報酬の月額			
180日に達する日まで(67%) 円		181日以降(50%) 円		等級 円	
育児休業手当金請求期間					
1 新規請求	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 育児休業の開始日から最長、子が1歳に達する日(誕生日の前日)まで				
2 期間延長	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 特例の場合のみ1歳半又は2歳に達する日(誕生日の前日)まで				
3 取り下げ又は短縮	令和 年 月 日まで 取り下げの場合は休業の初日、期間短縮の場合は終了日(復職日の前日)				
上記のとおり請求(取り下げ)いたします。 千葉県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 請求者氏名					
組合受付印	組合再受付印	上記の事項は、事実と相違ないことを証明します。 なお、育児休業の実績は、別途報告いたします。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名			

§70-2(202504)

- 備考 1 育児休業に関する所属所長の証明書(育児休業の承認書・承認請求書・辞令の写し等)を添付してください。
2 勤務しない期間に報酬が支払われる場合は、報酬についての所属機関の長又は給与事務担当者の証明書を添付してください。
3 請求日額(休業中支給分)の計算は、標準報酬の月額×1/22(10円未満四捨五入)×0.67(181日以降は0.5)とし、円未満は切り捨てとなります。なお、各月の支給額は請求日額(休業中支給分)×各月の休業日数(土日を除く)となります。