

※新規で請求する場合

育児休業手当金請求（変更請求）書

* 1 育児休業の初日を記入

* 2 育児休業の末日又は子の1歳到達日のいずれか早い日を記入

				照 合	係
				決 定 額 ※ 円	
組合員証記号番号	〇〇〇-〇〇〇	所 属 機 関	名 称	〇〇市役所	
組 合 員 氏 名	共 済 花 子		所 在 地	〇〇市〇〇町〇〇	
標 準 報 酬 の 等 級 及 び 月 額	第 〇〇級 〇〇〇, 〇〇〇 円	育 児 休 業 手 当 金 の 請 求 期 間	*1平成〇〇年〇〇月〇〇日から *2平成〇〇年〇〇月〇〇日まで		
育 児 休 業 の 初 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	給 付 日 額 (備考) 3、4 参照	育 児 休 業 の 初 日 从 来 1 8 0 日 以 降 (B 1)	1 8 1 日 以 降 (B 2)	
			〇, 〇〇〇 円	〇, 〇〇〇 円	
育 児 休 業 の 末 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	給 付 日 数	育 児 休 業 の 初 日 从 来 1 8 0 日 以 降 (C 1)	1 8 1 日 以 降 (C 2)	
			〇〇〇 日	〇〇〇 日	
育 児 休 業 に 係 る 子 の 生 年 月 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	請 求 金 額 (D 3) (備考) 5 参照	〇, 〇〇〇, 〇〇〇 円		
育 児 休 業 手 当 金 支 給 期 間 延 長 事 由	1 保 育 所 に お け る 保 育 が 実 施 さ れ な い こ と 2 養 育 を 予 定 し て い た 配 偶 者 の 死 亡 3 養 育 を 予 定 し て い た 配 偶 者 の 負 傷 ・ 疾 病 等 4 養 育 を 予 定 し て い た 配 偶 者 と の 婚 姻 の 解 消 等 に よ る 別 居 5 養 育 を 予 定 し て い た 配 偶 者 の 産 前 産 後 休 業 等				
上記のとおり請求（変更請求）します。 愛知県市町村職員共済組合理事長 様 平成〇〇年〇〇月〇〇日 住 所 〇〇市〇〇町〇〇 請 求 者 氏 名 共 済 花 子 (印)					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 職 名 〇〇市長 所 属 所 長 氏 名 〇 〇 〇 〇 (印)					

(備考) 1 育児休業（又は変更）に関する所属機関の長の証明書を添付してください。
 2 勤務しなかった期間に報酬が支払われた場合は、支払われた報酬についての所属機関の長又は事務担当者の証明書を添付してください。
 3 標準報酬の日額・標準報酬の月額×1/22（10円未満四捨五入）…（A）
 4 給付日額・育児休業の初日から180日まで…（B1）
 $(B1) = (A) \times 67 / 100$ （円未満切捨て）上限額を超える場合は上限額
 181日以降…（B2）
 $(B2) = (A) \times 50 / 100$ （円未満切捨て）上限額を超える場合は上限額
 5 請求金額・育児休業の初日から180日まで…（D1）
 $(D1) = (B1) \times$ 給付日数（C1）
 181日以降…（D2）
 $(D2) = (B2) \times$ 給付日数（C2）
 合計額（D3）=（D1）+（D2）

※印欄は記入しないでください。