

育児休業等による掛金免除期間変更・取消申出書

記号番号	〇〇〇-〇〇〇〇	組合員氏名	共 済 花 子			
所属機関	名 称	〇〇市役所 } 保育所や病院などの 〇〇市〇〇町〇〇 } 勤務先ではありません				
	所 在 地					
変更内容	育児休業等期間の変更	変更前	初日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	末日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
		変更後	初日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	末日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
	(日 数)	日 ※			※「育児休業開始日が属する月」と、「育児休業終了日の翌日が属する月」が同一である場合に記入。	
	育児休業等に係る子の生年月日				令和 〇 年 〇 月 〇 日	
	育児休業等期間の取消しにより、掛金免除の申出を取下げます。					
上記のとおり育児休業等期間の変更・取消しの承認を受けましたので、その写しを添付します。						
上記のとおり、掛金免除期間の変更・取消しを申出します。 愛知県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 <div style="text-align: right;"> 住 所 〇〇市〇〇町〇〇 申 出 者 氏 名 共 済 花 子 </div>						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 <div style="text-align: right;"> 職 名 〇〇市長 所属所長 氏 名 〇〇 〇〇 </div>						

備考) 公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律第2条第1項による派遣職員の方は次の点に注意してください。

- ・ 申出書中最下段の所属所長の証明は、派遣元の所属所長の証明をお願いします。