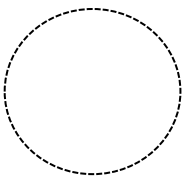


育児休業手当金請求書

(1歳未満、パパ・ママ育休プラス)



所属所受付印

組合員等 記号番号	公立茨城 第 号	フリガナ 組合員氏名 (給与のゴム印)		所属所名 所属コード (給与のゴム印)	
育児休業手当金 請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
育児休業期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
標準報酬月額	等級	月額	育児休業に係る 子の生年月日	令和 年 月 日	
		円			
地方公務員等共済組合法第70条の2の規定に基づき、上記のとおり請求します。 併せて、同法第114条の2第1項の規定に基づき、育児休業期間等に係る掛金等の免除を 申し出ます。 公立学校共済組合茨城支部長 殿 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印					
所属所所在地	(〒 -) (電話番号)				

- (注) ※ 雇用保険加入者はハローワークから育休手当金が支給されます。詳細は、ハローワーク
へお問い合わせください。
- ※ 育児休業に入った日の属する月の翌月7日必着です。
- ※ **育児休業等の事実を証明する書類(承認指令書等)のコピー**を添付してください。
- ※ 毎月、前月休業分の育児休業期間等証明書を確認の上、月単位で支給します。
- ※ 請求者の氏名は、自筆で記入してください。