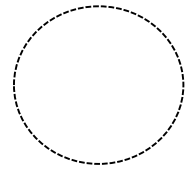


育児休業手当金変更請求書

(1歳未満、パパ・ママ育休プラス)



所属所受付印

組合員証 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	変更前	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
	変更後	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
育児休業 期間	変更前	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
	変更後	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			
<p>地方公務員等共済組合法施行規程第115条の2第3項の規定に基づき、育児休業期間を変更して請求します。</p> <p>併せて、同法第164条の3第3項の規定に基づき、育児休業期間等に係る掛金等免除の変更を申し出ます。</p> <p>公立学校共済組合茨城支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日 住所</p> <p>請求者 氏名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日 職名</p> <p>所属所長 氏名 印</p>					
所属所所在地	(〒 -) (電話番号)				

- (注) ※ 育児休業等の変更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。
 ※ 請求者の氏名は、自筆で記入してください。