



育児休業 支援手当金 請求書

所属所受付印		決定金額		円	
組合員等記号番号	公立茨第 号	所属所名 所属コード			
組 合 員 氏 名		短 期 標 準 報酬の月額	等級	円	
育児休業に係る子の 出 産 予 定 日	年 月 日	育児休業に係る子の 生 年 月 日		年 月 日	
育 児 休 業 期 間	① 年 月 日 ～ 年 月 日				
	② 年 月 日 ～ 年 月 日				
育児休業支援手当金 請 求 期 間	① 年 月 日 ～ 年 月 日				
	② 年 月 日 ～ 年 月 日				
育児休業に係る子に ついての産後休業の取得	有 ・ 無				
配偶者の職種及び 当 組 合 資 格	地方公務員（当組合以外） ・ 国家公務員 ・ その他 地方公務員（当組合）⇒ 支部・組合員番号： 氏名：				
配 偶 者 の 雇 用 保 険	加入している ・ 加入していない				
配偶者の状態 ※以下の1～7に該当する場合は、該当する記号を○で囲み、7の場合は理由も記載してください。 1 配偶者がいない 2 配偶者が組合員の子と親子関係がない 3 組合員が配偶者から暴力を受け別居中 4 配偶者が無業者 5 配偶者が就労しているが雇用される労働者ではない (自営業者・フリーランス等) 6 配偶者が産後休業中 7 1～6以外の理由で配偶者が育児休業をすることができない。 理由：					
配偶者の育児休業期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合茨城支部長 殿 年 月 日 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。 年 月 日 職名 所属所長 氏名 印					

【添付書類】

- 配偶者が当組合の組合員でない場合、以下のいずれかの書類。
 - (1) 当該育児休業に係る子について、配偶者が育児休業を取得したこと(当該子の出生の日から起算して56日を経過する日の翌日まで
の期間内に取得した育児休業の日数が通算して14日以上であるときに限る。)を証明する書類。
 - (2) 配偶者が育児休業を取得できなかったことを証明する書類。
- その他当組合が指定する書類