

育児休業支援手当金請求書

添付書類は裏面(次ページ)をご確認ください。

請求期間の最終日以降に請求してください。

請求の効力は事由発生から2年です。

(注意)雇用保険加入者は原則ハローワークへの手続きとなります。

組合員等 記号・番号	公立神奈川	組合員氏名	
(所属コード)		所属所	
所属所名		電話番号	
育児休業に係る 子の氏名		育児休業に係る 子の生年月日	
当該子に対する申請者 ※どちらかを選択してください	<input type="checkbox"/> ①母親 <input type="checkbox"/> ②父親	申請者の育児休業中の報酬 ※どちらかを選択してください	<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ある
配偶者の状況を勘案し ない場合の確認 ※配偶者が次に該当する場合、 選択してください	<input type="checkbox"/> ①配偶者は産後休業等をした【『産後休業等』に産後パパ育休は含まれません】		
	<input type="checkbox"/> ②配偶者は当該子と法律上の親子関係がない		
	<input type="checkbox"/> ③配偶者はいない/組合員は配偶者から暴力を受け別居中/配偶者は行方不明		
	<input type="checkbox"/> ④配偶者は無業者である又は自営業やフリーランスなど雇用される労働者でない		
	<input type="checkbox"/> ⑤上記①～④以外の理由で配偶者が育児休業をすることができない		
雇用保険加入状況 ※どちらかを選択してください	<input type="checkbox"/> ①未加入 <input type="checkbox"/> ②加入中		
当該子の出産予定日 ※申請者が父親の場合は記入不要です			
申請者の 育児休業期間 ※産後休業は含みません		から	まで
配偶者の 育児休業期間 ※産後休業は含みません		から	まで
請求期間		から	まで
請求日数		日間	
支給対象日数			日間
上記のとおり育児休業支援手当金を請求します。			
公立学校共済組合神奈川支部長 殿			
令和 年 月 日			
請求者 (署名又は 記名・押印)			
標準報酬月額		育児休業支援手当金 請求金額	

※標準報酬月額や育児休業支援手当金の請求金額が不明な場合は記載不要です。

<h3>所属所証明欄</h3>	
・当該子に係る組合員の育児休業期間 _____から_____まで	
・雇用保険加入状況 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入中 ※必ずどちらかを選択してください。	
本紙記載事項について事実と相違ないことを証明します。	
令和 年 月 日	
所属所長	職名
	氏名
	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">印</div>

※ 所属所長の証明印は、県教育局内の場合、課長の私印も可。

※ 証明日は請求日以降の日付としてください。

【提出先】

〒231-8309

横浜市中区日本大通5-1

公立学校共済組合 神奈川支部給付グループ

電話 (045)210-8179

添付書類(次の書類をご提出ください)

<必ず提出>

- ・世帯全員について記載された住民票の写し等（住民票の写しは続柄が記載されたものに限る）
※事実婚等により住民票の写しで確認できない場合は、その事実を証明することができる書類（民生委員の証明書等）
- ※育児休業手当金を同時に請求し、かつパパ・ママ育休プラスの申請のため住民票の写し等を添付する場合、住民票の写しのコピーでも可

<次の要件に該当する場合提出>

○「当該子に対する申請者」で「① 母親」に該当する場合

- ・出産予定日を確認できる書類の写し（母子健康手帳の写し、医師の診断書（分べん(出産)予定証明書）等）

○「申請者の休業中の報酬」で「② ある」に該当する場合

- ・給与報酬支給額証明書

○「配偶者の状況を勘案しない場合の確認」の

①～⑤のいずれにも該当しない場合

- ・配偶者育児休業等の取得の事実を証明する書類
※育児休業手当金を同時に請求し、かつパパ・ママ育休プラスの申請のため当該書類を添付する場合、当該書類のコピーでも可

①に該当する場合

- ・配偶者産後休業等の取得の事実を証明する書類（母子健康手帳の写し、医師の診断書（分べん(出産)予定証明書）等）

②に該当する場合

- ・戸籍謄（抄）本
※住民票において、組合員の配偶者が世帯主となっており、対象の子との続柄が「夫の子」又は「妻の子」となっている場合は、世帯全員について記載された住民票（写し）でも可

③に該当する場合（下記のうち該当する書類をご提出下さい）

- ・配偶者がいない場合
戸籍謄（抄）本（法律上の配偶者がいないことが確認できるものに限る）
- ・配偶者から暴力を受けて別居している場合
裁判所が発行する配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律第10条に基づく保護命令の写し
- ・配偶者が行方不明となっている場合
配偶者の勤務先において無断欠勤が3か月以上続いていることについて配偶者の事業主が証明した書類又は災証明書

④に該当する場合

- ・（給与）収入がないことを確認できる書類（配偶者の直近の課税証明書等）
※課税証明書等に給与収入金額が記載されている場合は、対象となる子の出生日の翌日時点で退職していることが分かる書類（退職証明書、離職票の写し等）も添付してください
※課税証明書等に、労働者性のない役員の役員報酬や育児休業等に関する各種制度の適用を受けない特別職の公務員の報酬が記載されている場合は、その身分を証明する書類（役員名簿[※]身分証の写し等）も添付してください

⑤に該当する場合

- ・配偶者が配偶者育児休業等を行うことができないことの申告書（給付様式第10-11-2号）及び申告書記載の添付書類

○「雇用保険加入状況」で「② 加入中」に該当する場合

- ・当該請求期間が含まれる「育児休業給付受給資格確認通知」等(原本証明のある写し可)

育児休業支援手当金請求書

添付書類は裏面(次ページ)をご確認ください。

請求期間の最終日以降に請求してください

請求の効力は事由発生から2年です。

(注意)雇用保険加入者は原則ハローワークへの手続きとなります。

母親を選択

組合員等 記号・番号	公立神奈川 XXXXXX	組合員氏名	〇〇 ××
(所属コード)	YYYY	所属所	XXX-XXX-XXXX
所属所名	県立ZZZ高等学校	電話番号	
育児休業に係る 子の氏名	〇〇 △△	育児休業に係る 子の生年月日	令和7年5月1日
当該子に対する申請者 ※どちらかを選択してください	<input checked="" type="checkbox"/> ①母親 <input type="checkbox"/> ②父親	申請者の育児休業中の報酬 ※どちらかを選択してください	<input checked="" type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ある
配偶者の状況を勘案し ない場合の確認 ※配偶者が次に該当する場合、 選択してください	<input type="checkbox"/> ①配偶者は産後休業等をした【『産後休業等』に産後パパ育休は含まれません】 <input type="checkbox"/> ②配偶者は当該子と法律上の親子関係がない <input type="checkbox"/> ③配偶者はいない／組合員は配偶者から暴力を受け別居中／配偶者は行方不明 <input type="checkbox"/> ④配偶者は無業者である又は自営業やフリーランスなど雇用される労働者でない <input type="checkbox"/> ⑤上記①～④以外の理由で配偶者が育児休業をすることができない		
雇用保険加入状況 ※どちらかを選択してください	<input checked="" type="checkbox"/> ①未加入 <input type="checkbox"/> ②加入中	配偶者について該当する項目があれば選択する (該当がない場合は選択不要)	
当該子の出産予定日 ※申請者が父親の場合は記入不 要です	令和7年4月17日	「配偶者の状況を勘案しない場 合の確認」でいずれかの項目を 選択した場合は記入不要	
申請者の 育児休業期間 ※産後休業は含みません	令和7年6月27日	から	令和7年10月5日
配偶者の 育児休業期間 ※産後休業は含みません	令和7年5月1日	から	令和7年5月20日
請求期間	令和7年6月27日	から	令和7年7月24日
請求日数	28 日間	支給対象日数	20 日間
上記のとおり育児休業支援手当金を請求します。			
「請求期間」の日数を記入	川支部長 殿	「請求日数」から週休日を除いた日数を記入	
令和 7 年 7 月 25 日		請求者 (署名又は 記名・押印)	〇〇 ××
標準報酬月額		次の2つの要件を満たす日付を記入する ①『育児休業支援手当金について』(1)ウ② 対象期間」の期間内である ② 請求期間の末日は、初日から28日以内である	
「請求期間」の最終日以降の日付を記入	請求金額が	所属所記	
令和 7 年 7 月 26 日		・当該子に係る組合員の育児休業期間 令和7年6月27日 から 令和7年10月5日 まで ・雇用保険加入状況 <input checked="" type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入中 ※必ずどちらかを選択してください。 本紙記載事項について事実と相違ないことを証明します。	
請求日以降の日付を記入	所属所長	職名	県立ZZZ高等学校長
		氏名	◇◇ □□
			印

※ 所属所長の証明印は、県教育局内の場合、課長の私印も可。

※ 証明日は請求日以降の日付としてください。

【提出先】

〒231-8309

横浜市中区日本大通5-1

公立学校共済組合 神奈川支部給付グループ

電話 (045)210-8179

育児休業支援手当金請求書

添付書類は裏面(次ページ)をご確認ください。

請求期間の最終日以降に請求してください。

請求の効力は事由発生から2年です。

(注意)雇用保険加入者は原則ハローワークへの手続きとなります。

父親を選択

組合員等 記号・番号	公立神奈川 XXXXXX	組合員氏名	〇〇 ××
(所属コード)	YYYY	所属所 電話番号	XXX-XXX-XXXX
所属所名	県立ZZZ高等学校	育児休業に係る 子の生年月日	令和7年5月1日
育児休業に係る 子の氏名	〇〇 △△	申請者の育児休業中の報酬 ※どちらかを選択してください	<input checked="" type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ある
当該子に対する申請者 ※どちらかを選択してください	<input type="checkbox"/> ①母親 <input checked="" type="checkbox"/> ②父親	配偶者の状況を勘案しない場合の確認 ※配偶者が次に該当する場合、 選択してください	
配偶者の状況を勘案しない場合の確認 ※配偶者が次に該当する場合、 選択してください	<input checked="" type="checkbox"/> ①配偶者は産後休業等をした【『産後休業等』に産後パパ育休は含まれません】 <input type="checkbox"/> ②配偶者は当該子と法律上の親子関係がない <input type="checkbox"/> ③配偶者はいない/組合員は配偶者から暴力を受け別居中/配偶者は行方不明 <input type="checkbox"/> ④配偶者は無業者である又は自営業やフリーランスなど雇用される労働者でない <input type="checkbox"/> ⑤上記①~④以外の理由で配偶者が育児休業をすることができない		
雇用保険加入状況 ※どちらかを選択してください	<input checked="" type="checkbox"/> ①未加入 <input type="checkbox"/> ②加入中	配偶者について該当する項目を選択する (申請者が父親の場合、いずれかを選択)	
当該子の出産予定日 ※申請者が父親の場合は記入不要です		記入不要	
申請者の 育児休業期間 ※産後休業は含みません	令和7年5月1日	から	令和7年8月9日
配偶者の 育児休業期間 ※産後休業は含みません		から	まで
請求期間	令和7年5月1日	から	令和7年5月28日
請求日数	28 日間	支給対象日数	20 日間
上記のとおり育児休業支援手当金を請求します。			
「請求期間」の日数を記入		「請求日数」から週休日を除いた日数を記入	
令和 7 年 6 月 1 日		請求者 (署名又は 記名・押印)	
標準報酬月額		育請	
「請求期間」の最終日以降の日付を記入		次の2つの要件を満たす日付を記入する ①『育児休業支援手当金について』(1)ウ① 対象期間」の期間内である ② 請求期間の末日は、初日から28日以内である	
所属所証明			
・当該子に係る組合員の育児休業期間 令和7年5月1日 から 令和7年8月9日 まで			
・雇用保険加入状況 <input checked="" type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入中 ※必ずどちらかを選択してください。			
本紙記載事項について事実と相違ないことを証明します。			
令和 7 年 6 月 2 日		所属所長 職名 県立ZZZ高等学校長	
請求日以降の日付を記入		氏名 ◇◇ □□	
印			

※ 所属所長の証明印は、県教育局内の場合、課長の私印も可。

※ 証明日は請求日以降の日付としてください。

【提出先】

〒231-8309

横浜市中区日本大通5-1

公立学校共済組合 神奈川支部給付グループ

電話 (045)210-8179