

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。

請求の時効は事由発生から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)		所属所電話番号	
所属所名			
育児休業に係る 子の氏名		育児休業に係る 子の生年月日	
請求者の当該子との続柄 ※どちらかを選択してください	☐ ①母親 ☐ ②父親	請求者の育児休業中の報酬 ※どちらかを選択してください	☐ ①ない ☐ ②ある
配偶者が次に該当する 場合、選択してください ※該当しない場合は選択不要で す	☐ ①配偶者は産後休業をした【育児休業や産後パパ育休は含まれません】		
	☐ ②配偶者は当該子と法律上の親子関係がない		
	☐ 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		
	☐ 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		
	☐ 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	☐ ①未加入 ☐ ②加入中		
当該子の出産予定日 ※請求者が父親の場合は記入不 要です			
請求者の 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 年 月 日 請求者 (署名)			
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。

所属所証明欄	
・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 ☐ 未加入 ☐ 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。 年 月 日 所属所長 職名 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 7

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【原本】等(住民票の写し【原本】は続柄が記載されたものに限る)
※事実婚等により住民票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【原本】等を添付する場合、住民票の写し【原本】等のコピーでも可
- ※住民票の写し【原本】等の有効期限は設けていません。

<次の要件に該当する場合提出>

○「請求者の当該子との続柄」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
<例>
 - ・母子健康手帳の写し(表紙及び分娩予定日が記載されたページ)
 - ・医師の診断書(分娩(出産)予定証明書)
 - ・出産育児一時金の医療機関直接支払制度合意文書の写し

○「請求者の育児休業中の報酬」で「② ある」に該当する場合

- ・給与報酬支給額証明書(給付様式第10-10-1号)

○「配偶者が次に該当する場合、選択してください」の

①～⑤のいずれにも該当しない場合

- ・配偶者育児休業の取得の事実を証明する書類の写し
※様式は問いませんが、配偶者の氏名、育児休業の期間、勤務先の記載は必須とします。

①に該当する場合

- ・配偶者産後休業の取得の事実を証明する書類
※産後休業を取得したことを直接的に証明する書類はないため、出産した配偶者と当該子の氏名及び出産日を確認できれば、配偶者が当該子に係る産後休業をしたと見なします(住民票の写し【原本】は除く)。
<例>
 - ・母子健康手帳の写し(出生届出済証明が掲載されているページ)
 - ・医師、助産師又はその他の出産立会者が作成する出生証明書の写し
 - ・戸籍謄(抄)本【原本】

②に該当する場合

- ・戸籍謄(抄)本
※住民票の写し【原本】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の写し【原本】でも可
※戸籍謄(抄)本の有効期限は設けていません。

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【原本】(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害証明書

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)【原本】
※退職しているが、直近の課税証明書等に給与収入金額の記載がある場合、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。
※直近の課税証明書等に、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等の収入金額の記載がある場合、その身分を証明する書類(役員名簿や身分証の写し等)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する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
請求者の当該子との続柄 ※どちらかを選択してください	☒ ①母親 ☐ ②父親	請求者の育児休業中の報酬 ※どちらかを選択してください	☒ ①ない ☐ ②ある
配偶者が次に該当する 場合、選択してください ※該当しない場合は選択不要です	☐ ①配偶者は産後休業をした【育児休業や産後パパ育休は含まれません】 ☐ ②配偶者は当該子と法律上の親子関係がない ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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	☒ ①未加入 ☐ 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 ※請求者が父親の場合は記入不要です	令和7年4月17日		
請求者の 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（土日含む）		「請求日数」から土日を除いた日数を記入	
令和 7 年 7 月 25 日		請求者	
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	
所属所証明欄			
・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			
・雇用保険加入状況 ☒ 未加入 ☐ 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 7 月 26 日			
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 7

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
請求者の当該子との続柄 ※どちらかを選択してください	☐ ①母親 ☒ ②父親	請求者の育児休業中の報酬 ※どちらかを選択してください	☒ ①ない ☐ ②ある
配偶者が次に該当する 場合、選択してください ※該当しない場合は選択不要で す	☒ ①配偶者は産後休業をした【育児休業や産後パパ育休は含まれません】 ☐ ②配偶者は当該子と法律上の親子関係がない ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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	☒ ①未加入 ☐ 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 ※請求者が父親の場合は記入不 要です		記入不要	
請求者の 育児休業期間 ※産後休業は含みません	令和7年6月1日	から	令和7年6月16日 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	令和7年6月1日	から	令和7年6月16日 まで
請求日数	16 日間	支給対象日数	12 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（土日含む）		「請求日数」から土日を除いた日数を記入	
令和 7 年 6 月 17 日		請求者	
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	
「請求期間」の最終日以降の日付を記入		請求金額	

所属所証明欄

・当該子に係る組合員の育児休業期間
令和7年6月1日 から 令和7年6月16日 まで

・雇用保険加入状況 ☒ 未加入 ☐ 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 18 日

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 7

公立学校共済組合 神奈川支部給付グループ

電話 (045)210-8179