

### 育児休業手当金（延長給付）請求書

事由発生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。  
(ハローワークからの支給対象外となる者は、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)を添付。)

組合員等 記号・番号	公立神奈川	組合員氏名	
(所属コード)	( )	育児休業に係る 子の氏名	
所属所名			
電話番号		生年月日	年 月 日
育児休業期間	年 月 日から 年 月 日まで		
当該休業中の雇用保 険加入状況	・未加入 ・加入中 →	<input type="checkbox"/> 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」写し(原本証明のあるもの)等を添付 <input type="checkbox"/> 前回請求書に添付済み	
請求期間	年 月 日から 年 月 日まで		
上記のとおり育児休業手当金を請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 年 月 日 請求者 (署名)			
標準報酬月額		育児休業手当金請求 金額	

<b>所属所証明欄</b>	
・当該子に係る組合員の育児休業期間 年 月 日～ 年 月 日	
・雇用保険加入状況 (未加入 ・ 加入中) ※加入状況に必ず○をしてください。	
上記の育児休業期間について、報酬が支払われないこと及び雇用保険加入状況について証明 します。 (なお、休業中に報酬のある人は、給与報酬支給額証明書を併せて添付してください。)	
年 月 日 所属所長 職名 氏名	
<b>印</b>	

※ 所属所長の証明印は、県教育局内の場合、課長の私印も可。

※ 該当する延長事由の□にチェックし、その事由を証明する書類を添付してください。  
延長事由

<input type="checkbox"/>	保育所における保育等の実施が当面行われない ・育児休業手当金支給対象期間延長事由認定申告書（給付様式第10-6-2号） ・市区町村に提出した保育所等入所申込書【写】 ・事実を証明する市区町村長が発行する証明書【原本】（1歳に達する日を含 む月以降から常に保育の実施が行われないことがわかる全月分（報告済を除 く）の報告が必要になります。） ※市区町村によって、1枚で確認ができる場合や、複数枚ないと確認できない 場合があります。市区町村にご確認ください。
<input type="checkbox"/>	1歳に達する日後の期間、養育を行う予定であった配偶者の負傷・疾病等 → 医師の診断書等及び母子手帳の写し
<input type="checkbox"/>	1歳に達する日後の期間、養育を行う予定であった配偶者との婚姻解消等による 別居 → 住民票の写し及び母子手帳の写し
<input type="checkbox"/>	1歳に達する日後の期間、養育を行う予定であった配偶者の死亡 → 住民票の写し及び母子手帳の写し
<input type="checkbox"/>	1歳に達する日後の期間、養育を行う予定であった配偶者が6週間以内に出産予 定である又は産後8週間を経過しない → 母子手帳の写し

※ 雇用保険加入者の添付書類

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)

# 育児休業手当金（延長給付）請求書

事由発生日以降に請求してください。(例：1歳～1歳6か月の場合)

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。

(ハローワークからの支給対象外となる者は、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)を添付。)

組合員等 記号・番号	公立神奈川 1 2 3 4 5 6	組合員氏名	神奈川 花子
(所属コード)	( 4 0 0 4 )	育児休業に係る 子の氏名	神奈川 かもめ
所属所名	県立共済高等学校	生年月日	6年12月4日
電話番号	045-210-1111		
育児休業期間	7年1月30日から 8年8月31日まで		
当該休業中の雇用保険加入状況	<input checked="" type="radio"/> 未加入 ・ 加入中 → 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」写し(原本証明のあるもの)等を添付 <input type="checkbox"/> 前回請求書に添付済み		
請求期間	7年12月4日から 8年6月3日まで		
上記のとおり育児休業手当金を請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様	事由発生日 以降の日付	請求者 (署名)	神奈川 花子
標準報酬月額	不明の場合記入不要	育児休業手当金請求 金額	不明の場合記入不要

<b>所属所証明欄</b>		辞令のとおり の休業期間 を証明してください。
・当該子に係る組合員の育児休業期間 7年1月30日～ 8年8月31日		
・雇用保険加入状況 (未加入 ・ 加入中) ※加入状況に必ず○をしてください。		
上記の育児休業期間について、報酬が支払われないこと及び雇用保険加入状況について証明 します。 (なお、休業中に報酬のある人は、給与報酬支給額証明書を併せて添付してください。)		
7年12月4日	事由発生日 以降かつ請求者署名日 以降の日付	所属所長 職名 県立共済高等学校長 氏名 共済 太郎
		之等立神 印学共奈 ×校済川 ×長高県

※ 所属所長の証明印は、県教育庁庁舎の場合、課長の私印も可。

※ 該当する延長事由の□にチェックし、その事由を証明する書類を添付してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	保育所における保育等の実施が ・ 育児休業手当金支給対象 ・ 市区町村に提出した保育所等入所申込書【写】 ・ 事実を証明する市区町村長が発行する証明書【原本】(1歳に達する日を含 む月以降から常に保育の実施が行われないことがわかる全月分(報告済を除 く)の報告が必要になります。) ※市区町村によって、1枚で確認ができる場合や、複数枚ないと確認できない 場合があります。市区町村にご確認ください。	該当する事由にチェック してください。
<input type="checkbox"/>	1歳に達する日後の期間、養育を行う予定であった配偶者の負傷・疾病等 → 医師の診断書等及び母子手帳の写し	
<input type="checkbox"/>	1歳に達する日後の期間、養育を行う予定であった配偶者との婚姻解消等による 別居 → 住民票の写し及び母子手帳の写し	
<input type="checkbox"/>	1歳に達する日後の期間、養育を行う予定であった配偶者の死亡 → 住民票の写し及び母子手帳の写し	
<input type="checkbox"/>	1歳に達する日後の期間、養育を行う予定であった配偶者が6週間以内に出産予 定である又は産後8週間を経過しない → 母子手帳の写し	

※ 雇用保険加入者の添付書類

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)