

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）

組合員等 記号・番号(6桁)	公立神奈川	組合員氏名	
所属所コード		育児休業に係る 子の氏名	
所属所名			
電話番号		生年月日	
当該休業中の 雇用保険加入状況 ※どちらかを選択	<input type="checkbox"/> ①未加入 <input type="checkbox"/> ②加入中	当該休業中の報酬 ※どちらかを選択	<input type="checkbox"/> ①なし <input type="checkbox"/> ②あり <small>※期末手当、勤勉手当は報酬に含まれません。</small>
延長事由 ※いずれかを選択	<input type="checkbox"/> ① 保育所等における保育の実施が当面行われない <input type="checkbox"/> ② 配偶者の負傷・疾病等 <input type="checkbox"/> ③ 配偶者との婚姻解消等による別居 <input type="checkbox"/> ④ 配偶者の死亡 <input type="checkbox"/> ⑤ 配偶者が6週間以内に出産予定又は産後8週間を経過しない		<small>※この欄に記載の「配偶者」とは、育児休業に係る子が1歳(1歳6か月)に達する日後も養育を行う予定であった配偶者を指します。</small>
本請求の延長期間 ※どちらかを選択	<input type="checkbox"/> ①当該子の年齢が1歳から1歳6か月の前日 <input type="checkbox"/> ②当該子の年齢が1歳6か月から2歳の前日		
育児休業期間		から	まで
請求期間		から	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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 年 月 日 請求者 (署名) </div>			
標準報酬月額		育児休業手当金 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
_____から_____まで

・雇用保険加入状況(どちらかを選択) 未加入 加入中
 上記記載事項は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。

※添付書類は次ページを参照

【添付書類】

<延長事由で①を選択>

- 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】
※給付認定申請書、マイナンバーを把握するための書類、就労証明書は不要です。
- 市区町村交付の保育所入所不承諾通知書等【原本】

<延長事由で②を選択>

- 住民票の写し【原本】
- 医師の診断書等

<延長事由で③を選択>

- 住民票の写し【原本】

<延長事由で④を選択>

- 住民票の写し【原本】
- 死亡診断書等

<延長事由で⑤を選択>

- 住民票の写し【原本】
- 母子健康手帳の写し

<当該休業中の雇用保険加入状況で②を選択>

- 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)

<当該休業中の報酬で②を選択>

- 給与報酬支給額証明書 (給付様式第10-10-1号)

<提出先・問合せ先>

〒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）

組合員等 記号・番号(6桁)	公立神奈川 〇〇〇〇〇〇	組合員氏名	〇〇 △△	
所属所コード	×××××	育児休業に係る 子の氏名	〇〇 □□	
所属所名	■□高等学校			
電話番号	XXX-XXX-XXXX	生年月日	令和7年4月1日	
当該休業中の 雇用保険加入状況 ※どちらかを選択	<input checked="" type="checkbox"/> ①未加入 <input type="checkbox"/> ②加入中	当該休業中の報酬 ※どちらかを選択	<input checked="" type="checkbox"/> ①なし <input type="checkbox"/> ②あり <small>※期末手当、勤勉手当は報酬に含まれません。</small>	
延長事由 ※いずれかを選択	<input checked="" type="checkbox"/> ① 保育所等における保育の実施が当面行われない <input type="checkbox"/> ② 配偶者の負傷・疾病等 <input type="checkbox"/> ③ 配偶者との婚姻解消等による別居 <input type="checkbox"/> ④ 配偶者の死亡 <input type="checkbox"/> ⑤ 配偶者が6週間以内に出産予定又は産後8週間を経過しない	<small>※この欄に記載の「配偶者」とは、育児休業に係る子が1歳(1歳6か月)に達する日後も養育を行う予定であった配偶者を指します。</small>		
本請求の延長期間 ※どちらかを選択	<input checked="" type="checkbox"/> ①当該子の年齢が1歳から1歳6か月の前日 <input type="checkbox"/> ②当該子の年齢が1歳6か月から2歳の前日			
育児休業期間	令和7年4月1日	から	令和9年3月31日	まで
請求期間	令和8年4月1日	から	令和8年9月30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		請求期間の初日以降の日付を入力してください。	〇〇 △△	
令和8年4月1日		(署名)		
標準報酬月額	不明な場合は記入不要	育児休業手当金 請求金額	不明な場合は記入不要	

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4月1日 から 令和9年3月31日 まで

・雇用保険加入状況(どちらかを選択) 未加入 加入中
上記記載事項は事実と相違ないことを証明します。

令和8年4月3日

請求日以降の日付を入力してください。

所属所長 職名 ■□高等学校長
氏名 △△ ○□

之等立神
印学 ■奈
×校 □印
×長 高崇

※所属所長の証明印は、県教育局内の場合、課長の私印も可。

※添付書類は次ページを参照

【添付書類】

<延長事由で①を選択>

- 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】
※給付認定申請書、マイナンバーを把握するための書類、就労証明書は不要です。
- 市区町村交付の保育所入所不承諾通知書等【原本】

<延長事由で②を選択>

- 住民票の写し【原本】
- 医師の診断書等

<延長事由で③を選択>

- 住民票の写し【原本】

<延長事由で④を選択>

- 住民票の写し【原本】
- 死亡診断書等

<延長事由で⑤を選択>

- 住民票の写し【原本】
- 母子健康手帳の写し

<当該休業中の雇用保険加入状況で②を選択>

- 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)

<当該休業中の報酬で②を選択>

- 給与報酬支給額証明書 (給付様式第10-10-1号)

<提出先・問合せ先>

〒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