

(給付様式第10-6-3号)

年 月 日

公立学校共済組合神奈川支部長 様

所 属 所 名

所 属 コ ー ド

組 合 員 等 番 号

組 合 員 氏 名 (署名)

申立書(市区町村が各月の不承諾通知書等を発行しない場合)

・ 育児休業実績期間 :

・ 子の氏名 (ふりがな) :

・ 子の生年月日 :

・ 市区町村名 :

・ 市区町村の保育所等の申込みを所管する部署名 :

・ 上記部署の連絡先(電話番号) :

育児休業手当金の実績報告において添付する、保育が実施されないことを証明する各月の書類が市区町村から発行されないため、貴組合より市区町村への電話確認をお願いします。

(給付様式第10-6-3号)

令和7年 8月 1日

公立学校共済組合神奈川支部長 様

所属所名 高等学校

所属コード XXXX

組合員等番号 000000

組合員氏名(署名) OO △△

必要となる事項に不足がなければ、
文面は適宜変更して構いません。

申立書(市区町村が各月の不承諾通知書等を発行しない場合)

・育児休業実績期間：令和7年4月1日～令和7年4月30日

・子の氏名(ふりがな)：OO □□(まるまる しかくしかく)

・子の生年月日：令和7年4月1日

・市区町村名：OO市

・市区町村の保育所等の申込みを所管する部署名：XX課

・上記部署の連絡先(電話番号)：XXX-XXX-XXXX

育児休業手当金の実績報告において添付する、保育が実施されないことを証明する

各月分の書類が市区町村から発行されないため、貴組合より市区町村への電話確認を

お願いします。

<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