

(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：

※育児休業実績報告書(給付様式第10-8号)の「育児休業実績期間」と同じ日付を記入してください(辞令等に記載の育児休業期間ではありません)。

・ 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)：

・ 市区町村に対し当組合から電話による照会がある旨を事前連絡： した していない
※上記事前連絡は必須です。

育児休業手当金の実績報告に添付する、保育所等における保育が当面実施されないこと

を証明する書類が市区町村から各月ごとに発行されないため、共済組合から市区町村へ事

実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

共済組合使用欄

確 認 日	
確 認 先 担 当 者	
確 認 者	

(給付様式第10-6-3号)

令和9年6月4日

公立学校共済組合神奈川支部長 様

所属所名 県立■□高等学校

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。

所属コード ××××

組合員等番号 000000

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：令和9年4月1日～令和9年4月30日

・子の氏名(ふりがな)：○○ □□(まるまる しかくしかく)

・子の生年月日：令和8年4月1日

・市区町村名：○○市

・市区町村の保育所等の申込みを所管する部署名：××課

・上記部署の連絡先(電話番号)：XXX-XXX-XXXX

・市区町村に対し当組合から電話による照会がある旨を事前連絡： した していない
※上記事前連絡は必須です。

育児休業手当金の実績報告に添付する、保育所等における保育が当面実施されないこと
を証明する書類が市区町村から各月ごとに発行されないため、共済組合から市区町村へ事
実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

共済組合使用欄

確認日	
確認先担当者	
確認者	