

## 育児休業手当金期間変更請求書

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<br>記号・番号(6桁)                                           | 公立神奈川                                                                                                                | 組合員氏名             |    |
| 所属所コード                                                      |                                                                                                                      | 所属所<br>電話番号       |    |
| 所属所名                                                        |                                                                                                                      |                   |    |
| 育児休業に係る<br>子の氏名                                             |                                                                                                                      | 育児休業に係る<br>子の生年月日 |    |
| 請求期間における<br>子の年齢<br>※いずれかを選択                                | <input type="checkbox"/> 0歳から1歳の前日<br><input type="checkbox"/> 1歳から1歳6か月の前日<br><input type="checkbox"/> 1歳6か月から2歳の前日 |                   |    |
| 変<br>更<br>前                                                 | 育児休業期間                                                                                                               | から                | まで |
|                                                             | 請 求 期 間                                                                                                              | から                | まで |
| 変<br>更<br>後                                                 | 育児休業期間                                                                                                               | から                | まで |
|                                                             | 請 求 期 間                                                                                                              | から                | まで |
| 上記のとおり請求します。<br>公立学校共済組合神奈川支部長 様<br>年 月 日 請求者<br>(署名) _____ |                                                                                                                      |                   |    |

### 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

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。

<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

育児休業手当金期間変更請求書

事由

【例:延長】

子の誕生日から6か月の前日まで請求していたが、育児休業が延長されたことに伴い、育児休業期間及び請求期間を延長する場合

|                                  |                                                                                                                                 |                                           |                 |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|
| 記号・番号(6桁)                        | 000000                                                                                                                          | 横江良太郎                                     | 00 00           |
| 所属所コード                           | XXXX                                                                                                                            | 所属所電話番号                                   | XXX-XXX-XXXX    |
| 所属所名                             | ■□高等学校                                                                                                                          |                                           |                 |
| 育児休業に係る子の氏名                      | ○○ □□                                                                                                                           | 育児休業に係る子の生年月日                             | 令和7年4月1日        |
| 請求期間における子の年齢<br>※いずれかを選択         | <input checked="" type="checkbox"/> 0歳から1歳の前日<br><input type="checkbox"/> 1歳から1歳6か月の前日<br><input type="checkbox"/> 1歳6か月から2歳の前日 |                                           |                 |
| 変更前                              | 育児休業期間                                                                                                                          | 令和7年4月1日                                  | から 令和7年9月30日 まで |
|                                  | 請求期間                                                                                                                            | 令和7年4月1日                                  | から 令和7年9月30日 まで |
| 変更後                              | 育児休業期間                                                                                                                          | 令和7年4月1日                                  | から 令和8年5月31日 まで |
|                                  | 請求期間                                                                                                                            | 令和7年4月1日                                  | から 令和8年3月31日 まで |
| 上記のとおり請求します。<br>公立学校共済組合神奈川支部長 様 |                                                                                                                                 | 当初の請求において育児休業期間に誤りがなければ、この部分は全て同じ日付が入ります。 |                 |
| 令和7年7月1日                         |                                                                                                                                 | 請求者(署名)                                   | ○○ △△           |

請求期間の開始日以降の日付を入力してください。

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8年5月31日 まで

上記記載事項は事実と相違ないことを証明します。

令和7年7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  
×長高県

※所属所長の証明印は、県教育局内の場合、課長の私印も可。

<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

育児休業手当金期間変更請求書

事由

【例:短縮】

子の年齢が1歳から1歳6か月の前日まで延長給付を請求していたが、育児休業が短縮されたことに伴い、育児休業期間及び請求期間を短縮する場合

|                                  |                                                                                                                                 |                                   |                 |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| 記号・番号(6桁)                        | 000000                                                                                                                          |                                   |                 |
| 所属所コード                           | XXXX                                                                                                                            | 所属所電話番号                           | XXX-XXX-XXXX    |
| 所属所名                             | ■□高等学校                                                                                                                          |                                   |                 |
| 育児休業に係る子の氏名                      | ○○ □□                                                                                                                           | 育児休業に係る子の生年月日                     | 令和7年4月1日        |
| 請求期間における子の年齢<br>※いずれかを選択         | <input type="checkbox"/> 0歳から1歳の前日<br><input checked="" type="checkbox"/> 1歳から1歳6か月の前日<br><input type="checkbox"/> 1歳6か月から2歳の前日 |                                   |                 |
| 変更前                              | 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7年4月1日                          | から 令和8年9月30日 まで |
| 変更後                              | 育児休業期間                                                                                                                          | 令和7年4月1日                          | から 令和8年7月31日 まで |
|                                  | 請求期間                                                                                                                            | 令和7年4月1日                          | から 令和8年7月31日 まで |
| 上記のとおり請求します。<br>公立学校共済組合神奈川支部長 様 |                                                                                                                                 | 当初の請求において育児休業期間に誤りがなければ、この部分は全て同じ |                 |
| 令和7年7月1日                         |                                                                                                                                 | 請求者(署名)                           | ○○ △△           |

請求期間の開始日以降の日付を入力してください。

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8年7月31日 まで

上記記載事項は事実と相違ないことを証明します。

令和7年7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 高県

※所属所長の証明印は、県教育局内の場合、課長の私印も可。

<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