

育児休業手当金（延長給付）請求書

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 →	☐ 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 ☐ 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	

所属所証明欄			
・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	
		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。

※ 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

□	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。
□	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
□	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
□	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
□	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)

〒231-8309
横浜市中区日本大通5-1
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。(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	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 □ 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	
7 年 12 月 4 日		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

所属所証明欄		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		之等立神 印学共奈 ×校済 ×長高県
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		

※ 所属所長の証明印は、県教育庁庁内の場合、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	該当する事由にチェック してください。
☒ 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。	（給付様式第10-6-2号）
☐ 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	
☐ 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	
☐ 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	
☐ 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)