

育児休業手当金・支援手当金請求書
【記入例】

<input checked="" type="radio"/>	新規
<input type="radio"/>	変更
<input type="radio"/>	延長

組合員番号	0 1 2 3 4 5 6	組合員氏名	共済 花子		
雇用保険法適用の有無 ^{※1}	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		標準報酬月額	第 25 級 360,000 円	
対象となる子					
続柄	氏名		生年月日		
長男	共済 一郎		令和 7 年 5 月 1 日		
育児休業 当初			育児休業手当金の支給期間を記入してください。 (「育児休業の開始日」から、「育児休業の終了日または子の1歳の誕生日の前日のいずれか早い方」)		
令和 7 年 6 月 27 日 から 令和 8 年 4 月 30 日まで					
育児休業手当金・支援手当金支給対象期間					
令和 7 年 6 月 27 日 から 令和 8 年 4 月 30 日まで (支援手当金が該当する場合、支給期間は初日から28日間を限度とする)					
育児休業支援手当金					
対象となる子の出産予定日		令和 7 年 5 月 8 日			
配偶者の状況	育児休業取得の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	有の場合その期間 令和 7 年 5 月 1 日 ~ 令和 7 年 12 月 31 日	
	該当する場合○	無職			
		自営業・フリーランス等			
その他()					
請求金額 ^{※2}					
育児休業手当金	2,155,568 円		育児休業支援手当金	42,520 円	
給付金の送金先	<input checked="" type="radio"/> 給付金受取口座 ・ マイナポータル登録の公金受取口座 ^{※3}				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合長崎支部長 様 令和 ○年 ○月 ○日 請求者 住所 長崎市○○町○-○ 氏名 共済 花子					

※1:雇用保険法の規定による育児休業給付を受けることができる場合は、支給できません。

※2:請求額計算シートより算出してください。請求額試算シートは支部ホームページの事務担当者専用ページに掲載しています。

※3:マイナンバーカードを作成し、マイナポータルに登録した公金受取口座を指定する場合、給付が通常スケジュールとは異なり遅れての送金となる可能性があります。給付金の送付先に○がない場合は、事前に登録されている給付金等受取口座へ送金いたします。

所属所 受付年月日
<input checked="" type="radio"/>
〇.〇.〇
〇〇小

(202506)

【添付書類は裏面参照】