

組	合	員	氏	名
組	合	員	番	号

育児休業支援手当金請求書

所属事務	所	属	名
担当者	所	属	コ
			ド

対象となる子	
フリガナ	
名前	
出産予定日	生年月日

配偶者		
フリガナ		
名前		
育児休業期間①	から	
	まで	
育児休業期間②	から	
	まで	
配偶者の育児休業取得を要件としない場合に該当する事由		

組合員		
掛金の基礎となる 標準報酬月額	等級	級
	月額	円
産前産後休暇	から	
	まで	
育児休業期間①	から	
	まで	
対象期間①	から	
	まで	
支給日数① ※対象期間のうち土日除く		
育児休業期間②	から	
	まで	
対象期間②	から	
	まで	
支給日数② ※対象期間のうち土日除く		日

育児休業支援手当金請求金額				
年	月	日数	日額	請求額
合計 ※日数は支給日数①+②と一致				

上記のとおり請求します。				
公立学校共済組合佐賀支部長 様				
令和	年	月	日	請求者 住所
				氏名
自宅電話番号				— () —
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。				
令和	年	月	日	所属長 職名
				氏名
所属電話番号				— () —