

組 合 員 氏 名
組 合 員 証 番 号

育児休業手当金延長給付（変更）請求書

所属事務 担当者	所 属 名 所 属 コ ー ド

対象となる子	続 柄	
	フリガナ	
	名 前	
	生 年 月 日	令和 年 月 日
育 児 休 業 期 間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
請 求 期 間（月 単 位）		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
掛 金 の 基 礎 と な る 標 準 報 酬 月 額		第 級 円
請 求 金 額		円 給付日額 円× 日
入 所 申 込 日 ※	令和 年 月 日	
入 所 希 望 日 ※	令和 年 月 日	

- 当該子が1歳に達する日後の期間(1歳の誕生日以降の期間)について、
「総務省令で定める要件(延長要件)」に該当するため、育児休業手当金を請求します。
次の1～5に該当する項目に○をして、必要書類を添付の上、請求してください。
1. 保育所等における保育を希望し申し込みを行なっているが、当面その実施が行われない。
☐ 市町長が発行した「保育所入所不承諾の通知書」等（原本）
☐ 申立書 ☐ その他（診断書等）
2. 養育を予定していた配偶者が死亡した。
☐ 世帯全員の住民票の写し ☐ 母子健康手帳の写し
☐ 死亡日が確認できる書類 ☐ 申立書
3. 養育を予定していた配偶者が、負傷・疾病等により当該子を養育できなくなった。
☐ 世帯全員の住民票の写し ☐ 母子健康手帳の写し
☐ 配偶者に関する医師の診断書等 ☐ 申立書
4. 養育を予定していた配偶者が、婚姻の解消等の事情により、別居することとなった。
☐ 世帯全員の住民票の写し ☐ 母子健康手帳の写し
☐ 婚姻の解消等が確認できる書類 ☐ 申立書
5. 6週間以内に出産する予定であるか、又は産後8週間を経過しない状態。
☐ 母子健康手帳の写し ☐ 申立書

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

住所

請求者

氏名

自署

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

職名

所属長

氏名

所属電話番号

— () —

1. 請求書は、月単位で作成し、請求理由の確認できる書類を添付してください。（初回のみ、育児休業延長の辞令書を添付すること）
2. 育児休業手当金の支給対象期間に変更があった場合は、（変更）請求書を提出してください。
その際、変更後の辞令書の写しを添付してください。
3. 入所申込日、入所希望日が不承諾通知書に記載がない場合、※欄に記入後、確認できる書類を1歳と1歳6ヵ月請求時、変更時に添付してください。その際、個人番号の記載部分は消して提出してください。
4. 請求者氏名は、自署で記入。自署によらない場合は押印が必要です。