

記入例

組 合 員 氏 名
組 合 員 証 番 号
公立 花子
5 6 7 8 9 1 0

育児休業手当金(変更)請求書

所属事務 担当者印	所 属 名 所 属 コ ー ド
印	〇〇〇小学校

対象となる子	続 柄	長 男
	フリガナ	コウツ タイ
	名 前	公立 太一
	生年月日	平成 30 年 8 月 5 日
育 児 休 業 期 間	平成 30 年 10 月 1 日 から 平成 32 年 3 月 31 日 まで	
変 更 後 の 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
育 児 休 業 手 当 金 支 給 対 象 期 間	平成 30 年 10 月 1 日 から 平成 31 年 8 月 4 日 まで 合計 220 日間	
掛 金 の 基 礎 と なる 標 準 報 酬 月 額	第 19 等級 320,000 円	
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 平成 30 年 10 月 1 日 請求者 住所 佐賀市城内 〇-〇-〇〇〇 氏名 公立 花子 印 自宅電話番号 〇〇〇〇 - (〇〇) - 〇〇〇〇		
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 平成 30 年 10 月 1 日 職名 〇〇〇小学校長 職 所属長 所屬長 印 氏名 本庄 三男 所属電話番号 〇〇〇〇 - (〇〇) - 〇〇〇〇		

<算定方法>

標準報酬月額 × 1/22 = 標準報酬日額 (10円未満四捨五入)

標準報酬日額 × 50/100 = 給付日額 (円未満切捨て)

※ 平成26年4月1日以降に育児休業を開始する場合、
育児休業をした期間が180日(土日含む)に達するまでの
期間については「67/100」となります。

<日数>

土・日を除いた日 (祝日、年末年始は支給対象)

※ ただし、祝日・年末年始が土日の場合は、支給対象外

育児休業手当金の給付上限額

10,220 円 (H30. 8月～)

※ 給付率が67%となる期間については13,695円

※ 標準報酬月額 470,000円以上が給付上限となります。

<記入例の場合>

320,000 × 1/22 = 14,550 (10円未満四捨五入)

【平成30年10月1日～平成31年3月29日(土日を含んで180日間)】

14,550 × 67/100 = 9,748 (円未満切捨て)

【平成31年3月30日～平成31年8月4日】

14,550 × 50/100 = 7,275 (円未満切捨て)

10月	...	31日
11月	...	30日
12月	...	31日
1月	...	31日
2月	...	28日
3月	...	29日
		180日

1. 辞令書の写し(原本に相違ない旨の所属長の奥書証明のあるもの)を添付してください。
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(原本に相違ない旨の所属長の奥書証明のあるもの)を添付してください。