

育児休業支援手当金請求書

請求書

① 決定額	共済記入欄のため記入しないでください 円	② 決定額	共済記入欄のため記入しないでください 円
----------	-------------------------	----------	-------------------------

所属所名 (所属コード)	E)			組合員等記号・番号	公立徳					
資格取得年月日		資格喪失年月日		組合員氏名						
年 月 日	年 月 日									
育児休業に係る 子の氏名				統柄	配偶者の状態	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> 該当なし				
育児休業に係る 子の生年月日	令和 年 月 日	子の出生から 57日目	令和 年 月 日	育児休業に係る 子の出生予定日	令和 年 月 日					
育児休業の期間		令和 年 月 日	～	令和 年 月 日						
育児休業支援 手当金の 請求期間	① 1月目	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日			請求日数 日			
	② 2月目	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日			請求日数 日			
育児休業の期間が28日（土日祝を含む）に達する日まで請求できます。請求日数に土日は含まれません。										
配偶者の 育児休業の期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日							
育児休業手当金の 請求状況	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	標準報酬月額	級	円	育児休業支援手当金 請求額	① 1月目	円			
						② 2月目	円			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合徳島支部長 殿										
令和 年 月 日										
下										
請求者 住所										
氏名										
印 (自署の場合省略可)										
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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">所属所受付年月日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">所属所の文書受付印の押印又は 受付印がない場合は年月日を記入し 担当者印を押印してください。</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">令和 年 月 日</td> </tr> </table>							所属所受付年月日	所属所の文書受付印の押印又は 受付印がない場合は年月日を記入し 担当者印を押印してください。	令和 年 月 日
所属所受付年月日										
所属所の文書受付印の押印又は 受付印がない場合は年月日を記入し 担当者印を押印してください。										
令和 年 月 日										
所属所長 職名 氏名										

配偶者の状態 : a.配偶者がいない

b.配偶者が雇用保険法第1項に規定する適用事業に雇用される労働者ではない

c.配偶者が産後休業を取得している

d.配偶者が対象期間内において、a~c以外の育児休業を取得できないやむを得ない理由がある

・添付書類 : ①育児休業に関する辞令の写し

②育児休業等に関する証明書（給与の証明書）

(①と②について、育児休業手当金請求時に提出している場合は必要ありません)

③母子手帳の写し等、出産日がわかる書類の写し

(③について、出産費請求または被扶養者申告書提出時に提出している場合は必要ありません。配偶者も当共済組合員で

あり、配偶者が提出済みの場合でも、組合員本人が未定出の場合は提出してください。)

④医師の診断書等、出産の予定日がわかる書類の写し（女性組合員が請求する場合のみ）

⑤配偶者の状態がa~dに該当する場合、該当していることがわかる書類

⑥組合員の配偶者であることがわかる書類（統柄がわかるもの）

公立 学校 共 済 組 合	受 付 欄
------------------------------	-------------

育児休業支援手当金計算

1月目

標準報酬月額 標準報酬日額
_____ ÷ 22 = _____ 円 (10円未満四捨五入)

標準報酬日額 給付日額
_____ × 13/ 100 = _____ 円 (小数点以下切り捨て)

給付日額 請求日数 請求額
_____ × _____ = _____ 円

2月目

標準報酬月額 標準報酬日額
_____ ÷ 22 = _____ 円 (10円未満四捨五入)

標準報酬日額 給付日額
_____ × 13/ 100 = _____ 円 (小数点以下切り捨て)

給付日額 請求日数 請求額
_____ × _____ = _____ 円

育児休業支援手当金請求書		請求書	① 決定額	共済記入欄のため記入しないでください 円	② 決定額	共済記入欄のため記入しないでください 円		
所属所名 (所属コード)	○○小学校 E 1234		組合員登録番号 1234567					
資格取得年月日	資格喪失年月日		様式の下部に記載されている、配偶者の状態を参照し、あてはまるものに☑を記入してください					
子の出生日を1日目として教えてください		年 月 日	続柄	配偶者の状態	□a □b □c □d <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし			
育子の氏名	徳島 太郎				請求期間から土日を除いた日数を記入してください			
育児休業に係る子の生年月日	令和 7 年 10 月 1 日	子の出生から57日目	令和 7 年 11 月 26 日	育子	月 3 日			
育児休業の期間	令和 7 年 11 月 26 日 ~ 令和 10 年 9 月 30 日							
① 1月目	令和 7 年 11 月 26 日 ~ 令和 7 年 11 月 30 日			請求日数 3 日				
育児休業手当金請求期間 ② 2月目	令和 7 年 12 月 1 日 ~ 令和 7 年 12 月 23 日			請求日数 17 日				
育児休業の期間が28日（土日祝を含む）に達する日まで請求できます。請求日数に土日は含まれません。								
配偶者の育児休業の期間	令和 7 年 10 月 1 日 ~ 令和 7 年 12 月 31 日							
育児休業手当金の請求状況	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	標準報酬月額	21 級 280000 円	育児休業支援手当金請求額 ① 1月目	4962 円			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合徳島支部長 過去に請求済みまたは同月に請求する場合は、請求済みに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください		月	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者の状態で該当なしに☑をした場合、記入してください	<input checked="" type="checkbox"/> 裏面の計算式を使用し請求額を記入してください				
456								
請求者 住所	請求者の住所を記入してください							
氏名 徳島 花子								
(印) (自署の場合省略可)								
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	<table border="1"> <tr> <td>所属所受付年月日</td> </tr> <tr> <td>所属所の文書受付印の押印又は受付印がない場合は年月日を記入し担当者印を押印してください。</td> </tr> </table>						所属所受付年月日	所属所の文書受付印の押印又は受付印がない場合は年月日を記入し担当者印を押印してください。
所属所受付年月日								
所属所の文書受付印の押印又は受付印がない場合は年月日を記入し担当者印を押印してください。								
所属所長 職名 ○○小学校 校長 氏名 阿波 次郎	<table border="1"> <tr> <td>受付印は所属所経由であることを確認するために必ず必要です。 押印がない場合は受付できません。</td> </tr> <tr> <td>日</td> </tr> </table>						受付印は所属所経由であることを確認するために必ず必要です。 押印がない場合は受付できません。	日
受付印は所属所経由であることを確認するために必ず必要です。 押印がない場合は受付できません。								
日								

配偶者の状態 : a.配偶者がいない

b.配偶者が雇用保険法第1項に規定する適用事業に雇用される労働者ではない

c.配偶者が産後休業を取得している

d.配偶者が対象期間内において、a~c以外の育児休業を取得できないやむを得ない理由がある

添付書類 : ①育児休業に関する辞令の写し

②育児休業等に関する証明書（給与の証明書）

（①と②について、育児休業手当金請求時に提出している場合は必要ありません）

③母子手帳の写し等、出産日がわかる書類の写し

（③について、出産費請求時または被扶養者申告書提出時に提出している場合は必要ありません。配偶者も当共済組合員であり、配偶者が提出済みの場合でも、組合員本人が未定出の場合は提出してください。）

④医師の診断書等、出産の予定期日がわかる書類の写し（女性組合員が請求する場合のみ）

⑤配偶者の状態がa~dに該当する場合、該当していることがわかる書類

⑥組合員の配偶者であることがわかる書類（続柄がわかるもの）

公立学校共済組合 受付欄	
-----------------	--

育児休業支援手当金計算

1月目

標準報酬月額 標準報酬日額
280000 ÷ 22 = 12730 円 (10円未満四捨五入)

標準報酬額 約
12730 × 13 / 100 = 1654 円 (小数点以下切り捨て)

給付日額	請求日数	請求額			
1654	×	3	=	4962	円

2月目

標準報酬月額 標準報酬日額
280000 ÷ 22 = 12730 円 (10円未満四捨五入)

標準報酬日額 約付日額
12730 × 13/ 100 = 1654 円 (小数点以下切り捨て)

給付日額 請求日数 請求額
1654 × 17 = 28118 円