

育児休業支援手当金
変更請求書

所属所受付印	共済組合受付印

所属所コード	組員等記号番号		組員氏名	
	記号	番号		
	公 立 富			
当該育児休業に係る子の氏名				
当該育児休業に係る子の出産予定年月日			令和 年 月 日	
当該育児休業に係る子の生年月日			令和 年 月 日	
標準報酬月額			請求日数	請求金額
等級				
級	円		日	円
組員育児休業期間 (人事異動通知書に記載 されている期間です。)	変更前	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月		
	変更後	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月		
配偶者育児休業期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			
請求期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			
配偶者の状況について、 該当する方は○をつけてく ださい	ア. 配偶者がいない、配偶者と子が法律上の親子関係にない、配偶者から暴力を受け別居している 又は配偶者が行方不明となっている イ. 配偶者が雇用保険法第5条第1項に規定する適用事業に雇用される労働者ではない ウ. 配偶者が当該育児休業に係る子について産後休業等を取得している エ. 上記ア～ウに掲げる場合のほか、配偶者が当該育児休業等に係る子の出生の日から起算して56日を 経過する日の翌日までの期間内において当該子を養育するための休業等をすることができない ※「配偶者が育児休業等をすることができないことの申告書」を添付してください			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合富山支部長 殿 令和 年 月 日 請求者 住所 氏名(自署)				
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 所属所名 所属所長職氏名				

- 1 次の書類を必ず添付してください。
①辞令の写し(育児休業開始時と変更後のもの)
- 2 配偶者の状況について、ア～エに該当する方は、該当していることが確認
できる書類も添付してください。
- 3 請求者氏名は自署してください。コピーは不可。

共済組合記入欄(この欄は記入しないでください。)		
決定 金額	育児休業支援 手当金	円

育児休業支援手当金
変更請求書

記入例

所属所受付印	共済組合受付印
所属所受付印	

所属所コード		組合員等記号番号		組合員氏名							
		記号	番号								
〇〇学校		公立 富	公立 花子		公立 花子						
1	2		3	4		1	2	3	4	5	6
当該育児休業に係る子の氏名						公立 太郎					
当該育児休業に係る子の出産予定年月日						令和 〇 年 〇 月 〇 日					
当該育児休業に係る子の生年月日						令和 〇 年 〇 月 〇 日					
標準報酬月額						請求日数		請求金額			
等級		〇〇〇,〇〇〇				〇〇		〇〇,〇〇〇			
〇 級		円				日		円			
組合員育児休業期間 (人事異動通知書に記載されている期間です。)		変更前	令和 〇 年 〇 月 〇 日				～	令和 〇 年 〇 月 〇 日			
		変更後	令和 〇 年 〇 月 〇 日				～	令和 〇 年 〇 月 〇 日			
配偶者育児休業期間		令和 〇 年 〇 月 〇 日				～	令和 〇 年 〇 月 〇 日				
請求期間		令和 〇 年 〇 月 〇 日				～	令和 〇 年 〇 月 〇 日				
配偶者の状況について、該当する方は○をつけてください		ア. 配偶者がいない、配偶者と子が法律上の親子関係にない、配偶者から暴力を受け別居している又は配偶者が行方不明となっている イ. 配偶者が雇用保険法第5条第1項に規定する適用事業に雇用される労働者ではない ウ. 配偶者が当該育児休業に係る子について産後休業等を取得している エ. 上記ア～ウに掲げる場合のほか、配偶者が当該育児休業等に係る子の出生の日から起算して56日を経過する日の翌日までの期間内において当該子を養育するための休業等をすることができない ※「配偶者が育児休業等をすることができないことの申告書」を添付してください									
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合富山支部長 殿 令和 〇 年 〇 月 〇 日 請求者 住所 富山市富山町1番地2号 氏名(自署) 公立 花子											
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 所属所名 〇〇市立 〇〇〇学校 所属所長職氏名 校長 共済 学											

- 1 次の書類を必ず添付してください。
①辞令の写し(育児休業開始時と変更後のもの)
- 2 配偶者の状況について、ア～エに該当する方は、該当していることが確認できる書類も添付してください。
- 3 請求者氏名は自署してください。コピーは不可。

共済組合記入欄(この欄は記入しないでください。)		
決定金額	育児休業支援手当金	円