

育児休業手当金請求書

所属所受付印	共済組合受付印

所属所コード	組合員等記号番号		組合員氏名	
	記号	番号		
	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
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。)		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
請求期間 (原則、育児休業に係る子の1歳の誕生日の前日までです。)		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
1歳以後の支給期間の延長について 請求する場合は、その理由に該当する 項目に○印を付けてください。		イ 保育所、認定こども園、家庭的保育事業等による保育が実施されないこと ロ 養育を予定していた配偶者の死亡 ハ 養育を予定していた配偶者の負傷・疾病等 ニ 養育を予定していた配偶者との婚姻の解消等による別居 ホ 養育を予定していた配偶者の産前産後休暇等		
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				

R8.8

- 1 人事異動通知書の写しを添付してください。
- 2 「パパ・ママ育休プラス」制度による支給期間について請求する場合は、次の確認書類を添付してご提出ください。
- ①世帯全員の住民票(請求前3月以内発行のもの、写し不可)
- ②配偶者の当該子に係る育児休業の取得及び期間を確認できる書類 (承認通知書の写し、辞令の写し等)
- 3 1歳以後の期間について請求する場合は、次の確認書類を添付してご提出ください。
- イの場合は、①育児休業手当金支給対象期間延長事由認定申告書
②市町村発行の保育所入所不承諾通知書等
③市町村に提出した保育所等の利用申込書の写し
(電子申請の場合は、申込内容を出力したもの、または申込をした画面の複写)
- ロ・ニの場合は、住民票の写し及び母子健康手帳の写し
- ハの場合は、医師の診断書等及び母子健康手帳の写し
- ホの場合は、母子健康手帳の写し
- 4 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	育児休業手当金	円

育児休業手当金請求書

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	
〇〇〇学校	記号	番号	
1 2 3 4	公立 富	公立 花子	
当該育児休業に係る子の氏名		公立 一郎	
当該育児休業に係る子の出産年月日		令和 〇 年 〇 月 〇 日	
標準報酬月額	給与明細に記載の請求時の標準報酬等級及び標準報酬月額	請求日数	請求金額
等級			
〇 級	〇〇〇,〇〇〇 円	〇〇〇 日	〇,〇〇〇,〇〇〇 円
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。)	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日		
請求期間 (原則、育児休業に係る子の1歳の誕生日の前日までです。)	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日		
1歳以後の支給期間の延長について 請求する場合は、その理由に該当する 項目に〇印を付けてください。	イ 保育所、認定こども園、家庭の保育事業等による保育が実施されないこと ロ 養育を予定していた配偶者の死亡 ハ 養育を予定していた配偶者の負傷・疾病等 ニ 養育を予定していた配偶者との婚姻の解消等による別居 ホ 養育を予定していた配偶者の産前産後休暇等		
上記のとおり請求します。	育児休業開始日以降、請求する日		
公立学校共済組合富山支部			
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
	組合員の請求日以降の証明日		
上記の記載事項は事実と相違ない			
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	

R8.8

- 人事異動通知書の写しを添付してください。
- 「パパ・ママ育休プラス」制度による支給期間について請求する場合は、次の確認書類を添付してご提出ください。
 - ①世帯全員の住民票（請求前3月以内発行のもの、写し不可）
 - ②配偶者の当該子に係る育児休業の取得及び期間を確認できる書類（承認通知書の写し、辞令の写し等）
- 1歳以後の期間について請求する場合は、次の確認書類を添付してご提出ください。
 - イの場合は、①育児休業手当金支給対象期間延長事由認定申告書
②市町村発行の保育所入所不承諾通知書等
③市町村に提出した保育所等の利用申込書の写し
（電子申請の場合は、申込内容を出力したもの、または申込をした画面の複写）
 - ロ・ニの場合は、住民票の写し及び母子健康手帳の写し
 - ハの場合は、医師の診断書等及び母子健康手帳の写し
 - ホの場合は、母子健康手帳の写し
- 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	育児休業手当金
	円

(ご提出の必要はありません。)

2 正規の勤務日が、祝日及び12月29日から翌年の1月3日までの日に当たる場合も給付対象日となります。