

育児休業手当金請求書(1歳超)

神戸市職員共済組合

組合員(請求者)が記入するところ	組合員証の記号・番号	記号 1 番号 123456	所 属	〇〇局〇〇課 電話 〇〇〇-〇〇〇〇	
	組合員の氏名	共 濟 花 子			
	育児休業に係る子の生年月日	令和 3 年 8 月 7 日			
	育児休業の初日・末日	変更前	(初日) 令和 3 年 10 月 3 日	(末日) 令和 5 年 4 月 30 日	
		変更後	(初日) 令和 年 月 日	(末日) 令和 年 月 日	
	延長前の育児休業手当金の請求期間	(初日) 令和 3 年 10 月 3 日	(末日) 令和 4 年 8 月 6 日		
	延長後の育児休業手当金の請求期間	(初日) 令和 3 年 10 月 3 日	(末日) 令和 5 年 2 月 6 日		
	配偶者が育児休業を取得する場合のみ記入	配偶者の氏名			配偶者の職員番号 (本市職員の場合)
		産後パパ育休取得期間 (出生後 8 週以内)	1 回目(初日) 令和 年 月 日	(末日) 令和 年 月 日	
		配偶者の育児休業期間	2 回目(初日) 令和 年 月 日	(末日) 令和 年 月 日	
		1 回目(初日) 令和 年 月 日	(末日) 令和 年 月 日		
標準報酬月額	〇〇 等級			〇〇〇,〇〇〇 円	
手当金支給期間延長事由	1 保育所における保育が実施されないこと				
	2 養育を予定していた配偶者の死亡				
	3 養育を予定していた配偶者の負傷・疾病等				
	4 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				
	5 養育を予定していた配偶者が 6 週間以内に出産予定・産後 8 週間を経過しない等				
上記のとおり請求するとともに、貴組合が当該給付に必要な個人情報に関して神戸市に照会することを承諾します。					
神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 4 年 7 月 25 日					
住所	(郵便番号 650-8570) 神戸市中央区加納町6丁目5-1				
組合員(請求者)の氏名	電話(090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇				
	共 濟 花 子				
所属確認欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。		令和 4 年 7 月 25 日		
	補職名	〇〇局〇〇課長			
	所属所長				
	氏名	〇〇〇〇〇〇			

共済組合受付印

《提出にあたっての注意事項》

- 請求者は、太線の枠内を記入し、所属で確認を受けてから提出してください。
- 「パパママ育休プラス※」に該当する場合には、配偶者の育児休業の期間がわかるものを添付してください。
※要件を満たす場合に、育児休業手当金の支給期間が、子が 1 歳 2 か月に達する日までに延長される制度。要件については事前にホームページをご確認ください。
- 「公益的法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律」第 2 条第 1 項又は第 10 条第 1 項による派遣職員の方は、「所属」を「派遣先団体」と読み替えてください。
- 支給期間延長事由 1 に該当する場合は、保育所の入所に関する市町村の証明(保育実施保留通知など。ただし入所希望日を子の 1 歳(2 の「パパママ育休プラス※」に該当する場合には、本要件を読み替えてください。以下同じ。)の誕生日以前として、子の 1 歳の誕生日前日までに申し込みをしたものであること)のコピーを添付してください。その他の事由のときは共済組合にお問い合わせください。

処理欄		パパママ育休プラス制度に該当 <input type="checkbox"/>
		令和 年 月 日まで支給延長
		口座 <input type="checkbox"/>
		入力 <input type="checkbox"/>