

介護休業取得日数報告書

神戸市職員共済組合

組合員が記入するところ	組合員 記号・番号	記号 ----- 番号	所属	電話
	組合員の氏名	(フリガナ) -----		
	介護休業の取得日数	平成・令和 年 月 日 ※短期の介護休暇（有給）および半日・時間単位の介護休暇は対象外です。		
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。			
	神戸市職員共済組合理事長 宛		令和	年 月 日
	所属所長	補職名	_____	
	氏名	_____		

《提出にあたっての注意事項》

- 1 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。
- 2 介護休暇取得月の翌月ごとに提出してください。
- 3 提出の際には、次の書類を添付してください。
 - (1) 介護休暇取得月の出勤簿の写し
 - (2) 介護休暇取得月の翌月の給与の明細がわかるものの写し
- 4 短期の介護休暇（有給）および半日・時間単位の介護休暇は対象外です。
- 5 4 「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、「所属の名称」欄に派遣先団体の名称を記入してください。

共済組合受付印	共 済 組 合 事 務 処 理 欄			
		次長	係長	係
	下記のとおり決定する。			
	令和 年 月 日			
	請求期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	支給額 (①-②) 円			
①	手当額			
②	調整額			