

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	組合員証の 記号・番号	記号 1	所 属	〇〇局〇〇課
		番号 123456		電話 〇〇〇-〇〇〇〇
	組合員の氏名	(フリガナ) キョウサイ ハナコ 共 済 花 子		
介護休業の取得日数	平成・令和 3 年 5 月において 5 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 3 年 6 月 25 日	
	所属所長	補職名 〇〇局〇〇課長		
	氏 名	〇 〇 〇 〇		

《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。
- 介護休暇取得月の翌月ごとに提出してください。
- 提出の際には、次の書類を添付してください。
 - 介護休暇取得月の出勤簿の写し
 - 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
- 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。
- 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