育児休業手当金 請求書

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 番号	所　属	電話
組合員の氏名	(フリガナ)		
育児休業に係る子の生年月日	平成・令和　　年　　月　　日		
育児休業の初日・末日	(初日) 平成・令和　　年　　月　　日	(末日) 平成・令和　　年　　月　　日	
育児休業手当金の請求期間	(初日) 平成・令和　　年　　月　　日	(末日) 平成・令和　　年　　月　　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)	
	配偶者の育児休業期間 (期間が分かれる場合は下段に2回目を記入)	(初日) 平成・令和　　年　　月　　日	(末日) 平成・令和　　年　　月　　日	
		(初日) 平成・令和　　年　　月　　日	(末日) 平成・令和　　年　　月　　日	

請求金額

育児休業取得日数 180 日まで(給付日数は土日を除く)

給付日額①　　円×給付日数　　日＝　　円

育児休業取得日数 181 日目から(給付日数は土日を除く)

給付日額②　　円×給付日数　　日＝　　円

給付日額※2

標準報酬月額		標準報酬の日額		支給率※1		給付日額
円	× 1/22 →	円	×	67/100	＝	①　　円
				50/100	＝	②　　円
		10 円未満四捨五入				1 円未満切り捨て

※1 支給率は育児休業取得日数 180 日まで 67/100，181 日目から 50/100 です。

※2 給付日額については、雇用保険法の規定による育児休業給付に準じた上限額があります。

組合員(請求者)が記入するところ

標準報酬月額	等級　　円
休業中の報酬の支給	1　あり（別添証明書のとおり）　　2　なし

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　　年　　月　　日

組合員(請求者)の

住所　(郵便番号　　－　　)

電話(　　)　　－

氏名

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　　年　　月　　日

所属所長　補職名

氏　名

共済組合受付印

《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　「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。

3　「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。

4　給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」（様式 3-11）をあわせて提出してください。