

育児休業手当金 変更請求書

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 1 番号 123456	所 属	〇〇局〇〇部〇〇課 電話 内線〇〇〇〇				
	組合員の氏名	共 済 花 子						
	育児休業に係る子の生年月日	平成・令和 元 年 8 月 7 日						
	育児休業の初日・末日	変更前	(初日) 平成・令和 元 年 1 0 月 3 日		(末日) 平成・令和 2 年 4 月 3 0 日			
		変更後	(初日) 平成・令和 元 年 1 0 月 3 日		(末日) 平成・令和 2 年 8 月 6 日			
	変更後の育児休業手当金の請求期間	(初日) 平成・令和 元 年 1 0 月 3 日		(末日) 平成・令和 2 年 8 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)			
		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			
	変 更 後 の 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				
変 更 後 の※2 給 付 日 額	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 50/100	① 円 ② 円			
	10 円未満四捨五入 ※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。				1 円未満切り捨て			
組合員(請求者)が記入するところ	標準報酬月額	〇〇等級 〇〇〇,〇〇〇 円						
	特例支給(1歳を超えての手当金支給)の該当・非該当	該 当		非 該 当				
	送金先	※送金先を変更するときのみ記入してください。						
	金融機関名	種 別	口座番号(右づめ)					
	きょうさい 銀行 農協 金庫・組合	三宮 支店 (本店・出張所) 普通 (普通以外のときは下記 に記入してください)	7	6	5	4	3	2
※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字3文字)・預金種目(普通又は貯蓄)・口座番号(数字7けた)を記入してください。								
銀行コード 支店コード ※ 銀行コード・支店コードは共済組合で記入します。								
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 2 年 4 月 2 0 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 電話(090) 0000 - 0000 氏名 共 済 花 子 (印) 自署の場合は押印不要								
所属証明欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 2 年 4 月 2 0 日							
	所属所長 補職名 氏 名	〇〇局〇〇部〇〇課長 〇 〇 〇 〇 (印)						

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、所属で証明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。