

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 番号	所 属	電 話
	組合員の氏名			
	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	変更前	(初日) 平成・令和 年 月 日	(末日) 平成・令和 年 月 日
		変更後	(初日) 平成・令和 年 月 日	(末日) 平成・令和 年 月 日
	延長前の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
	延長後の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している場合のみ記入	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)		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① 円 × 給付日数 日 = 円	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 円	× 1/22 →	標準報酬の日額 円	
	10 円未満四捨五入		支給率*1 67/100 = ① 円 50/100 = ② 円	
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		
	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 年 月 日				
組合員(請求者)の	住所	(郵便番号 -)		
	氏名	電話() -		
	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 年 月 日			
	補職名	_____		
	所属所長 氏名	_____ 印		

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、所属で証明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 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。ただし入所希望日が子の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)の誕生日以前であること)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。