

育児休業手当金請求書(1歳超) 神戸市職員共済組合

組合員証の 記号・番号	記号	1	所 属	〇〇局〇〇課
	番号	123456		電話
	組合員の氏名	共 済 花 子		
	育児休業に係る子の生年月日	令和 3 年 8 月 7 日		
	育児休業の初日・末日	変更前	(初日) 令和 3 年 10 月 3 日	(末日) 令和 5 年 4 月 30 日
		変更後	(初日) 令和 年 月 日	(末日) 令和 年 月 日
	延長前の育児休業手当金の請求期間	(初日) 令和 3 年 10 月 3 日	(末日) 令和 4 年 8 月 6 日	
	延長後の育児休業手当金の請求期間	(初日) 令和 3 年 10 月 3 日	(末日) 令和 5 年 2 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)	
		産後パパ育休取得期間 (出生後8週以内)	1回目(初日) 令和 年 月 日	(末日) 令和 年 月 日
2回目(初日) 令和 年 月 日			(末日) 令和 年 月 日	
配偶者の育児休業期間		1回目(初日) 令和 年 月 日	(末日) 令和 年 月 日	
	2回目(初日) 令和 年 月 日	(末日) 令和 年 月 日		
標準報酬月額	〇〇 等級		〇〇〇, 〇〇〇 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 4 年 7 月 25 日				
組合員(請求者)の	住所	(郵便番号 650 - 8570) 神戸市中央区加納町6丁目5-1		
	氏名	共 済 花 子		
	電話	(090) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
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 4 年 7 月 25 日			
	補職名	〇〇局〇〇課長		
	所属所長 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、所属を確認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。
- 「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。
- 支給期間延長事由1に該当する場合は、(様式2-9-4)を記入し、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。ただし入所希望日を子の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。以下同じ。)の誕生日以前として、子の1歳の誕生日前日までに申し込みをしたものであること)の写しおよび保育所等の利用申し込み手続き時に提出した書類のすべての写し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。

共済組合受付印	共 済 組 合 事 務 処 理 欄			
	<input type="checkbox"/> パパママ育休プラス制度に該当 令和 年 月 日まで支給延長 <input type="checkbox"/> 支給延長事由に該当	次長	係長	係
上記申請のとおり決定する		令和 年 月 日		