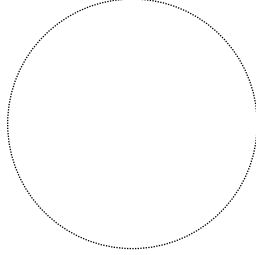
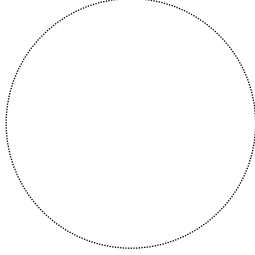


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課 長	合 議	担 当

育児休業支援手当金請求書

決定額

組合員等記号・番号 又は個人番号		所 属 機 関	名 称	
組 合 員 氏 名			所 在 地	
標準報酬の等級及び 月額	第 等級 円			
育児休業に 係る子の 出産予定日	年 月 日	育児休業に 係る子の 生年月日	年 月 日	
育児休業期間	① 年 月 日 ~ 年 月 日			
	② 年 月 日 ~ 年 月 日			
育児休業支援手当金 請求期間	① 年 月 日 ~ 年 月 日			
	② 年 月 日 ~ 年 月 日			
組合員が育児休業に 係る子の産後休業の 取得の有無	有 ・ 無 (いずれか○で囲んでください。)			
配偶者の雇用保険の 加入	加入している ・ 加入していない (いずれか○で囲んでください。)			
配偶者の職	国家公務員・地方公務員 (公務員の場合いずれか○で囲んでください。)			
<p>配偶者の状態</p> <p>※組合員の配偶者が以下の1～7に該当する場合は、該当する記号を○で囲み、7の場合は理由も記載ください。</p> <p>1 配偶者がいない</p> <p>2 配偶者が組合員の子と親子関係がない</p> <p>3 組合員が配偶者から暴力を受け別居中</p> <p>4 配偶者が無業者</p> <p>5 配偶者が就労しているが雇用される労働者ではない(自営業者・フリーランス等)</p> <p>6 配偶者が産後休業中</p> <p>7 1～6以外の理由で配偶者が育児休業をすることができない。</p> <p>理由： _____</p>				
配偶者の育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

上記のとおり請求します。

石川県市町村職員共済組合理事長 殿

年 月 日

住 所

請 求 者

氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職 名

所属所長

氏 名

注 意

- 1 育児休業手当金請求書と併せて育児休業支援手当金請求書を提出する場合は、育児休業手当金請求書に記載した事項と同一の事項については、育児休業支援手当金請求書への記載を省略することができます。（「組合員の氏名」、「組合員の組合員等記号・番号又は個人番号」及び「所属機関の名称及び所在地」を除く。）
- 2 この請求書には、次に掲げる書類を添付してください。
 - (1) 請求者の育児休業に関する所属機関の長の証明書
 - (2) 勤務しなかった期間に支払われた報酬についての所属機関の長又は給与事務担当者の証明書
※ 支払われた報酬がない場合には提出の必要はありません。
 - (3) 配偶者が「当該育児休業等に係る子について配偶者育児休業等をしたとき（当該配偶者が当該子の出生の日から起算して56日を経過する日の翌日までの期間内にした配偶者育児休業等の日数が通算して14日以上であるときに限る。）」又は「配偶者育児休業等の要件を課さない場合」に該当することを証明する書類。
 - (4) その他必要な書類
- 3 育児休業支援手当金の請求書の添付書類については、育児休業手当金の請求時に提出した書類と同一の事実を証明する書類の提出を省略することができます。