課長	課長補佐	主幹・係長	係

育児休業手当金（変更）請求書(１歳超)

組合員等記号・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生年月日	年　　月　　日		
育児休業期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日				
育児休業手当金請求期間（※）	年　　月　　日　～　　年　　月　　日				
育児休業期間（※） （変更／２回目）	年　　月　　日　～　　年　　月　　日				
育児休業手当金請求期間（※） （変更／２回目）	年　　月　　日　～　　年　　月　　日				
育児休業に関する 所属所長の証明	地方公務員の育児休業等に関する法律により育児休業を承認する。 承認期間 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで 職名 所属所長　　印 氏名				

育児休業手当金請求日額	育児休業手当金決定日額
標準報酬の月額÷22＝標準報酬の日額　日額×0.5＝請求日額 円	円

延長請求の理由（該当する番号を〇で囲んでください）

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産前産後休業期間にあること
６．本請求とは別の子に係る産前産後休業を開始したことにより本請求に係る子についての育児休業を終了した場合で、当該産前産後休業に係る子の全てが死亡又は組合員と同居しないこととなったこと。
７．介護休業を開始したことにより本請求に係る子についての育児休業を終了した場合で、当該介護休業に係る対象家族が死亡もしくは離婚等により組合員との親族関係が消滅したこと。
８．本請求との別の子に係る新たな育児休業を開始したことにより本請求に係る子についての育児休業を終了した場合で、当該新たな育児休業に係る子の全てが死亡又は組合員と同居しないこととなったこともしくは養子縁組等が成立しなかったこと。

上記のとおり請求します。

静岡県市町村職員共済組合理事長　　様

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

（※）子が１歳（１歳６か月）に達する日後の期間に限る。