

課長	課長補佐	主幹・係長	係

育児休業支援手当金請求書

組合員等記号・番号	999 - 67890	所属機関	名称	◇◇市
組合員氏名	共済 花子		所在地	◇◇市◇◇町1-1
標準報酬の等級及び月額	第 21 等級 280,000 円			
育児休業に係る子の出産予定日	令和 7 年 10 月 12 日	育児休業に係る子の生年月日	令和 7 年 10 月 15 日	
育児休業期間	①令和 7 年 12 月 11 日 ~ 令和 8 年 3 月 31 日			
	② 年 月 日 ~ 年 月 日			
育児休業支援手当金請求期間	①令和 7 年 12 月 11 日 ~ 令和 8 年 2 月 5 日			
	② 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 令和 7 年 12 月 11 日 から 令和 8 年 3 月 31 日まで 職名 ◇◇市長 所属所長 氏名 □□ □□			印
組合員が育児休業に係る子の産後休業の取得の有無	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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。)			
配偶者の状態 ※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。 1 配偶者がいない 2 配偶者が組合員の子と親子関係がない 3 組合員が配偶者から暴力を受け別居中 4 配偶者が無業者 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) 6 配偶者が産後休業中 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。  ( 理由 : )				
配偶者の育児休業期間	令和 7 年 10 月 15 日 ~ 令和 7 年 10 月 31 日			
請求金額		決定金額(共済組合記入欄)		
<small>標準報酬の月額÷22=標準報酬の日額(10円未満四捨五入) 日額×0.13=1日支給日額(給付上限相当額を超える場合は、給付上限相当額) 1日支給額×休業日数=請求金額</small>		46,312	円	円
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 令和 8 年 2 月 5 日 住所 ◇◇市◇◇町1-2 請求者 氏名 共済 花子				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 8 年 2 月 6 日 職名 ◇◇市長 所属所長 氏名 □□ □□				