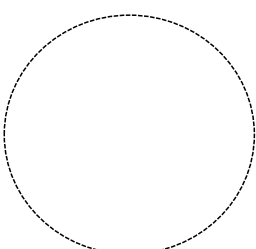


決 裁	確 認	係 員

伺 下記のとおり支給して
よろしいか。

育児休業 支援手当金 請求書 (270)

		決定金額		円	
組合員等記号番号	—		所 属 所		
組 合 員 氏 名			短 期 標 準 報酬の月額	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				
育児休業に係る子に ついての産後休業の取得	有 ・ 無				
配偶者の当組合資格	有 (記号番号及び氏名) ・ 無				
配 偶 者 の 職 種	国家公務員 ・ 地方公務員 (当組合以外) ・ その他				
配 偶 者 の 雇 用 保 険	加入している ・ 加入していない				
配偶者の状態 ※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してください。 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	年 月 日 ～ 年 月 日				
上記のとおり請求します。 茨城県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 請求者 氏名				受 付 印 	
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					

- 【添付書類】
- 配偶者が当組合の組合員でない場合、以下のいずれかの書類
 - (1) 当該育児休業に係る子について、配偶者が育児休業を取得したこと（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取得した育児休業の日数が通算して14日以上であるときに限る。）を証明する書類
 - (2) 配偶者が育児休業を取得できなかったことを証明する書類
 - その他当組合が指定する書類