育児休業手当金支給対象期間
延長事由認定申告書

1　育児休業の対象となる子について、記載してください。	子の氏名
	子の生年月日　　令和　　年　　月　　日
2　今回、延長を申請する期間について、右のうち、該当するものを選択してください。	□　1歳（注）～1歳6か月の期間
	□　1歳6か月～2歳の期間

3　保育所の利用（入所）申込について、以下①～⑧について選択又は記載してください。

①保育所等における保育の利用を希望し、市区町村に利用（入所）申込をしましたか。

□　はい

②利用（入所）申込をした日　：	令和　　年　　月　　日	
③利用（入所）開始希望日　：	令和　　年　　月　　日	
④利用（入所）申込に当たり、**入所保留を積極的に希望する旨の意思表示**をしていますか。	□　していない	□　している
⑤利用（入所）保留の有効期限	令和　　年　　月　　日	
⑥利用（入所）内定を辞退したことがありますか。	□　辞退したことはない	□　辞退したことがある
⑦利用（入所）申込をした保育所等の中で、**自宅から最も近隣の施設名と通所時間（片道）**	施設名　：	
	通所方法　：	
	通所時間（片道）　：　　分	

⑧申込をしたすべての保育所等の通所時間（片道）が30分以上の場合、その理由を次から選択してください。

- □　申し込んだ保育所等が本人又は配偶者の通勤の途中で利用できる場所にあるため
- □　自宅から30分未満で通える保育所等が存在しないため
- □　自宅から30分未満で通える保育所等では職場復帰後の勤務時間・勤務日に対応できないため
- □　子に特別の配慮が必要であり、自宅から30分未満で通える保育所等では対応できないため
- □　その他

□　いいえ

①及び⑧について、「いいえ」・「その他」を選択した場合は、下欄にその理由を記載してください。

（理由欄）	

（注）パパママ育休プラス利用時は、「1歳に達する日後の育児休業終了日の翌日」または「1歳2か月に達する日の翌日」 のいずれか早い日。

育児休業手当金の支給対象期間の延長事由について、上記のとおり申告します。

茨城県市町村職員共済組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日　　組合員等番号　　―

住　　所

組合員氏名