



局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--

育児休業手当金(変更)請求書(1歳前)(※)

組合員等記号番号	—		所属機関	名称	所在地
組合員氏名			生年月日	昭和	年月日
○子の出生から8週間以内の休業					
育児休業の初日・末日	初日	年月日	末日	年月日	
請求期間の初日・末日	初日	年月日	末日	年月日	
育児休業の初日・末日(2回目)	初日	年月日	末日	年月日	
請求期間の初日・末日(2回目)	初日	年月日	末日	年月日	
○子の出生から8週間超～1歳に達する日までの休業					
育児休業の初日・末日	初日	年月日	末日	年月日	
請求期間の初日・末日	初日	年月日	末日	年月日	
育児休業の初日・末日(2回目)	初日	年月日	末日	年月日	
請求期間の初日・末日(2回目)	初日	年月日	末日	年月日	
育児休業に係る子の生年月日	令和	年月日	標準報酬月額	等級	円
請求金額 (日額)	標準報酬月額×1/22×0.67				円
	(決定額)				円
請求金額 (日額)	標準報酬月額×1/22×0.5				円
	(決定額)				円
上記のとおり請求します。					
高知縣市町村職員共済組合理事長 殿					
令和 年 月 日					
住所					
請求者 氏名					
給与支払に関する証明 ※育児休業期間中を対象として支払われた給与に限る					
年 月 日 ～ 年 月 日 円					
年 月 日 ～ 年 月 日 円					
年 月 日 ～ 年 月 日 円					
育児休業の期間に係る報酬の支払いについて、上記のとおり証明します。					
令和 年 月 日					
所属機関の長 職名					
又は					
給与事務担当者 氏名					
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。					
令和 年 月 日					
職名					
所属所長 氏名					

(※)パパママ育休プラスに該当する場合は、「1歳」を「1歳2か月」と読み替える。

- 備考) 1. 育児休業に関する所属機関の長の証明書を添付してください。
2. 端数処理については「標準報酬月額×1/22」の段階で10円未満を四捨五入し、請求日額の円未満は切り捨ててください。
3. 請求者の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。
4. 公益法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律第2条第1項による派遣職員の方は次の点に留意してください。
- ① 「組合員証記号番号」の記載は不要です。
 - ② 「所属機関の名称及び所在地」は、「派遣先団体の名称及び所在地」を記入します。
 - ③ 「標準報酬月額」は、「組合の運営規則で定める仮定標準報酬月額」を記入します。
 - ④ 請求金額は「組合の運営規則で定める仮定標準報酬月額」額から算出します。
 - ⑤ 備考1の「育児休業に関する所属機関の長の証明書」は、「休業に関する派遣先団体の長の証明書」となります。
 - ⑥ 備考3の「所属機関の長又は給与事務担当者の証明書」は、「派遣先団体の長又は給与事務担当者の証明書」となります。