

(共済組合提出用)

270 育児休業支援手当金請求書

保健課長	課長補佐	保健係長	主任	支出決定伺

所属所番号	組合員等番号	所属機関名	所在地
127		柏市	千葉県柏市柏五丁目10番1号
組合員氏名	性別	生年月日	
	1男 2女	3昭和 4平成 5令和	年 月 日
組合員が出産者の場合、育児休業に係る子の産後休業の取得の有無			1有 2無
育児休業に係る子の氏名	性別	育児休業に係る子の生年月日	
	1男 2女	5令和	年 月 日
請求開始月の標準報酬の月額	請求金額(請求期間初日から末日までの総額)		
等級 円	円		
育児休業承認期間(1回目)	育児休業承認期間(同一の子に対する2回目がある場合)		
5令和 年 月 日～5令和 年 月 日	5令和 年 月 日～5令和 年 月 日		
1回目の育児休業承認期間に係る請求期間	2回目の育児休業承認期間に係る請求期間		
5令和 年 月 日～5令和 年 月 日	5令和 年 月 日～5令和 年 月 日		
※組合員及び配偶者が対象期間内にいずれも育児休業等を14日(週休日を含む。)以上取得、又は配偶者が育児休業に係る子について産後休業等を取得した場合等に、請求できます。請求期間は、最大28日(週休日を含み、給付は週日を除く。)が上限です。請求期間末日以降にご請求ください。			
配偶者の雇用保険加入の有無	1 加入している 2 加入していない(いずれかの数字を○で囲んでください。)		
配偶者の職	1 国家公務員 2 地方公務員 (配偶者が公務員の場合、いずれかの数字を○で囲んでください。)		
配偶者の育児休業期間	5令和 年 月 日～5令和 年 月 日		※対象期間内に14日以上取得していない場合、下欄の配偶者の状態を記入し、必要書類を追加して添付してください(270支援参考②添付書類)。
※配偶者が育児休業等を14日以上取得する要件を満たさない場合、いずれかの数字を○で囲み、必要な書類を添付してください。			
配偶者の状態	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 (理由:) 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以外の下記理由で配偶者が育児休業をすることができない。		
上記のとおり請求いたします。 千葉県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 請求者氏名			
組合受付印	組合再受付印	上記の事項は、事実と相違ないことを証明します。	
		令和 年 月 日 職名 所属所長 柏市長 太田和美 氏名	

備考 1 請求日額の計算は、標準報酬の月額×1/22(10円未満四捨五入)×13/100とし、円未満は切り捨てとなります。 §70.3(202505)
2 勤務しない期間に報酬が支払われる場合は、報酬についての所属機関の長又は給与事務担当者の証明書を添付してください。
3 原則、出産日から起算して57日以内、産後休業等をしたときは出産日から起算して113日以内の期間までが対象期間です。
4 組合員の育児休業等の所属所長証明書(育児休業の承認書・承認請求書・辞令の写し等)、配偶者の育児(産後)休業等の所属機関等の証明書(写し)、母子健康手帳(出生届出済証明のページの写し)又は配偶者(続柄)の記載のある住民票(写し)を添付してください。その他、必要な書類について別途依頼する場合がありますので、ご了承ください。
5 雇用保険法の規定による出生後休業支援給付金の給付を受けることができる場合、育児休業支援手当金は支給されません。