

育児休業手当金請求（変更請求）書

組合員の記号番号		組合員氏名		所 属
仙市		(フリガナ)		
				課コード
標準報酬月額		育児休業に係る子の生年月日		(該当するものに○) 新規 ・ 再取得 ・ 変更
等級	円	年	月	
				(請求区分が「変更」の場合は該当するものに○)
				延長 ・ 短縮

1 歳 前 請 求	子の出生から8週間以内の休業 <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目								
	育児休業承認期間	年	月	日	から	年	月	日	まで
	育児休業手当金請求期間	年	月	日	から	年	月	日	まで
	子の出生から8週間超から1歳に達する日までの休業 <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目								
	育児休業承認期間	年	月	日	から	年	月	日	まで
育児休業手当金請求期間	年	月	日	から	年	月	日	まで	

変 更 請 求	1歳超の休業 <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目								
	育児休業承認期間	年	月	日	から	年	月	日	まで
	育児休業手当金請求期間	年	月	日	から	年	月	日	まで

育 児 休 業 手 当 金 支 給 期 間 変 更 事 由 (該当する変更要件にチェック)	<input type="checkbox"/> 保育所における保育の実施を希望し申し込みを行ったが、当面その実施が行われない <small>《確認資料》 ・ 育児休業手当金支給対象期間延長事由認定申告書 ・ 保育所等の利用申込書の写し ・ 保育園入所待機のお知らせ (市町村長の証明があるもの)</small>
	<input type="checkbox"/> 養育を予定していた配偶者の死亡 <input type="checkbox"/> 養育を予定していた配偶者の負傷・疾病等 <input type="checkbox"/> 養育を予定していた配偶者との婚姻の解消等による別居 <input type="checkbox"/> 養育を予定していた配偶者が産前産後休業期間にあること <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 保育所の入所が決定したため <small>《確認資料》 保育園入所内定が記載されたお知らせ (市町村長の証明があるもの)</small>

上記のとおり請求します。 仙台市職員共済組合理事長 様 年 月 日 郵便番号 住 所 請求者 氏 名 <small>(自署又は記名押印)</small> 日中連絡先 電 話 番 号	所属所確認欄 (課收受印)
--	------------------

- (注) 1 所属を経由して提出が必要ですので、課の收受印を押印してください。
 2 裏面に育児休業に関する人事担当課の証明を受けてください。
 2回目以降の育児休業手当金の請求については、承認期間に変更がある場合のみ必要です。
 3 勤務しなかった期間に報酬が支払われた場合には、支払われた報酬についての証明を裏面に受けてください。
 支払われていない場合は不要です。
 4 この手当金は、既に届出されている口座に振り込まれます。

共済組合処理欄	
決定額	円

育児休業に関する証明 (人事担当課)

年 月 日 から 年 月 日 まで
育児休業を承認したことを証明します。

年 月 日 職名
所属機関の長 氏名 (印)

育児休業期間中の報酬に関する証明 (給与担当課)

育児休業中の勤務しない期間に支払われる報酬は、下記のとおりであることを証明します。

年 月 日 から 年 月 日 日額 円

年 月 日 から 年 月 日 日額 円

年 月 日 所属機関の長 職名
又は
給与事務担当者 氏名 (印)

※ 共 済 組 合 使 用 欄

1 標準報酬日額 標準報酬月額 × 1/22
_____ 円 × 1 / 2 2 = _____ 円 (A)
(10円未満四捨五入)

2 育児休業手当金 180日まで B1<B2の場合 B=B1 B1≥B2の場合 B=B2 _____ 円 (B)
標準報酬日額 (A) × 給付率 (67 / 100) = _____ 円 (B1)
(円未満切捨て)

※給付上限相当額
雇用保険法第17条第4項第2号ハに定める額に相当する額 (当該額が同法第18条の
規定により変更された場合には、当該変更された後の額) × 30 × 67 / 100 × 1 / 22
_____ 円 × 30 × 67 / 100 × 1 / 22 = _____ 円 (B2)
(円未満切捨て)

180日まで 支給額 給付日額 (B) × 日 _____ = _____ 円 (C)

3 育児休業手当金 181日以降 D1<D2の場合 D=D1 D1≥D2の場合 D=D2 _____ 円 (D)
標準報酬日額 (A) × 給付率 (50 / 100) = _____ 円 (D1)
(円未満切捨て)

※給付上限相当額
雇用保険法第17条第4項第2号ハに定める額に相当する額 (当該額が同法第18条の
規定により変更された場合には、当該変更された後の額) × 30 × 50 / 100 × 1 / 22
_____ 円 × 30 × 50 / 100 × 1 / 22 = _____ 円 (D2)
(円未満切捨て)

181日以降 支給額 給付日額 (D) × 日 _____ = _____ 円 (E)

4 育児休業手当金総額 (C) + _____ (= _____ 円)