

介護休業手当金変更請求書

第115条の4第3項様式

				給種 コード		所 属 機 関 名	〇〇市						
組合員証 記号番号 又は 個人番号	記号	5	0	3	番号		1	2	3	4	5	組合員 氏 名	共済 花子
	個人番号												
変更後の介護休 業の初日・末日	初日・令和 △△年 4 月 1 日					末日・令和 △△年 6 月 30 日							
変更後の介護休 業手当金の請求 期 間	令和△△年 4 月 1 日から					令和△△年 5 月 31 日まで							
変 更 後 の 請 求 金 額	260,000					円	※ 決 定 金 額					円	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>群馬県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和△△年 5 月 1 日</p> <p>住 所 前橋市元総社町335番地の8 請求者 氏 名 共済 花子</p>													
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和△△年 5 月 1 日</p> <p>職 名 〇〇市長 所属所長 氏 名 赤城 一郎</p>													

- 1 組合員証記号番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。
- 2 介護休業の期間の変更に関する所属所長の証明書を添付してください。
- 3 ※欄は記入しないでください。