

# 育児休業手当金（変更）請求書

第115条の2様式

|   |   |    |   |                    |                |                   |       |                                    |                  |  |   |                   |     |    |   |   |     |
|---|---|----|---|--------------------|----------------|-------------------|-------|------------------------------------|------------------|--|---|-------------------|-----|----|---|---|-----|
| 申出区分  | 新規・支給延長・変更  |    |   |                    | 給種コード          | 2 4 0             | 所属機関名 |                                    |                  |  |   |                   |     |    |   |   |     |
| 組合員証<br>記号番号<br>又は<br>個人番号  | 記号  |    |   |                    | 番号             |                   |       |                                    | 組合員氏名            |  |   |                   |     |    |   |   |     |
|   | 個人番号  |    |   |                    |                |                   |       | ※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。 |                  |  |   |                   |     |    |   |   |     |
| 標準報酬  | 級   | 月額 |   |                    |                | 円                 | 請求金額  |                                    |                  |  | 円 |                   |     |    |   |   |     |
| 育児休業の<br>取得期間   | 平成  | 年  | 月 | 日から                | 平成             | 年                 | 月     | 日まで                                | 育児休業手当金<br>の請求期間 | 平成   | 年 | 月                 | 日から | 平成 | 年 | 月 | 日まで |
| 育児休業に係る<br>子の生年月日   | 平成  | 年  | 月 | 日                  | パパママ育休プラス適用の有無 |                   |       | 有・無                                |                  |  |   |                   |     |    |   |   |     |
| 育児休業手当<br>金の支給期間<br>延長事由  | *該当する事由に○を付けること。<br>1 保育所若しくは認定子ども園における保育又は家庭的保育事業等による保育の利用が実施されないこと<br>2 養育を予定していた配偶者の(死亡/負傷・疾病等/離婚等による別居/産前産後休業等) |    |   |                    |                |                   |       |                                    |                  |  |   |                   |     |    |   |   |     |
| 標準報酬の日額<br>(a)  | (標準報酬×1/22)<br>10円未満四捨五入  |    |   |                    | A期間：給付日額 (f)   | 円 (b)と(c)のいずれか低い額 |       | B期間：給付日額 (f)                       |                  |  |   | 円 (d)と(e)のいずれか低い額 |     |    |   |   |     |
| A期間：【給付日額計算】<br>平成26年4月1日以降の育児休業開始より180日(土日を含む日数)まで<br>標準報酬の日額(a)×67/100(円未満切捨て)<br>[ ] 円 × 67 / 100 ..... [ ] 円 (b) 円未満切捨て<br>A期間の給付上限額 ※<br>[ ] 円 × 30 × 67 / 100 × 1 / 22 ..... [ ] 円 (c) 円未満切捨て |   |    |   |                    |                |                   |       |                                    |                  |  |   |                   |     |    |   |   |     |
| B期間：【給付日額計算】<br>平成26年4月1日以降の育児休業開始180日(土日を含む日数)経過後<br>標準報酬の日額(a)×50/100(円未満切捨て)<br>[ ] ..... [ ] 円 (d) 円未満切捨て<br>B期間の給付上限額 ※<br>[ ] 円 × 30 × 50 / 100 × 1 / 22 ..... [ ] 円 (e) 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（年度中に変更の場合あり）  |   |    |   |                    |                |                   |       |                                    |                  |  |   |                   |     |    |   |   |     |
| 各月休業日数  | 月分  | 日  | 円 | 月分                 | 日              | 円                 | 月分    | 日                                  | 円                | 下記決定金額は、給付開始当初のものであり、支給期間中に給料の変動があった場合、その金額に応じ給付金額が変更決定されます。 |   |                   |     |    |   |   |     |
| 及び請求額   | 月分  | 日  | 円 | 月分                 | 日              | 円                 | 月分    | 日                                  | 円                |  |   |                   |     |    |   |   |     |
| ((f)×日数)  | 月分  | 日  | 円 | 月分                 | 日              | 円                 | 月分    | 日                                  | 円                |  |   |                   |     |    |   |   |     |
|   | 月分  | 日  | 円 | 月分                 | 日              | 円                 | 月分    | 日                                  | 円                |  |   |                   |     |    |   |   |     |
| 給付日数  | 日   |    |   | [共済組合記入欄]※<br>決定金額 |                |                   |       |                                    |                  | 円  |   |                   |     |    |   |   |     |
| 上記のとおり請求(変更請求)します。<br>群馬県市町村職員共済組合理事長 様<br>平成 年 月 日<br>請求者 住所 氏名 [印]  |   |    |   |                    |                |                   |       |                                    |                  |  |   |                   |     |    |   |   |     |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。<br>平成 年 月 日<br>所属所長 職名 氏名 [印]  |   |    |   |                    |                |                   |       |                                    |                  |  |   |                   |     |    |   |   |     |

- 1 育児休業（新規又は変更）に関する所属機関の長の証明書を添付してください。
- 2 勤務しなかった期間に報酬が支払われた場合は、支払われた報酬について別途、報酬支給額証明書に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受け併せて提出してください。
- 3 パパ・ママ育休プラスにより、1歳6カ月まで支給対象期間を延長する場合は、配偶者であることを確認できる書類、配偶者の育児休業期間が確認できる書類を添付してください。

|            |     |
|------------|-----|
| 所属所<br>担当者 | [印] |
|------------|-----|