様式第9号の2

介護休業手当金変更請求書

共済組合
受付印

大阪市職員共済組合理事長　あて

下記のとおり期間を変更しましたので、申し出ます。　　令和　　年　　月　　日

所属所	所属コード		氏名	職員番号	
				フリガナ	
					㊞
				連絡先（電話番号）	

介護休暇承認期間	当　初	平・令　　年　　月　　日　～　平・令　　年　　月　　日
	変更後	平・令　　年　　月　　日　～　平・令　　年　　月　　日
介護休業手当金請求期間	当　初	平・令　　年　　月　　日　～　平・令　　年　　月　　日
	変更後	平・令　　年　　月　　日　～　平・令　　年　　月　　日

共済貸付金を償還中の方のみご記入ください。

介護休暇に係る共済貸付償還金の返済猶予について

ア．申し出る。（平・令　　年　　月　～　平・令　　年　　月）

イ．申し出ない。

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

所属機関の長　　職　　名

氏　　名　　㊞

注）　所属所（市長部局にあっては総務事務センター）を通じて速やかに提出してください。

共済組合使用欄			