

(様式第9号の1)

共済組合  
受付印

介護休業手当金請求書

所属コード						組合員種別 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短期	所属所 名称	
職員番号								
組合員 氏名	フリガナ					要介護者 氏名	組合員との続柄 ( )	
標準報酬 月額	等級	月額			介護が必要となった理由(傷病や状態など)			
	号	円						
要介護者の住所								
介護休業承認期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
介護休業手当金 請求期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
雇用保険からの 介護休業給付の支給	<input type="checkbox"/> 無 (雇用保険未加入、その他: ) <input type="checkbox"/> 有 (支給不可、雇用保険法の介護休業給付が受けられる場合は支給されません。)							
本請求に係る要介護者に対して、過去に同一の理由での介護休暇の取得状況がある場合のみ ご記入ください。								
(1回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
(2回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
上記のとおり、 地方公務員等共済組合法第70条の3の規定に基づき請求します。								
令和 年 月 日								
住所 _____								
組合員 氏名 _____								
連絡先(電話番号) _____								
大阪市職員共済組合理事長 あて								
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。