



介護休業手当金変更請求書

所属コード	1	2	3	4	5			組合員種別 <input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短期	所属所 名称	〇〇局
職員番号	1	2	3	4	5	6	7			
組合員 氏名	フリガナ キョウサイ ハナコ 共済 花子								要介護者 氏名	共済 一郎 (父)
介護休業承認期間	当初	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで								
	変更後	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで								
介護休業手当金 請求期間	当初	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで								
	変更後	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで								
上記のとおり、 地方公務員等共済組合法施行規程第115条の4第3項の規定に基づき、介護休業期間を変更して請求します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 住所 大阪市〇〇区〇〇 ×-×-× 組合員 氏名 共済 花子 連絡先(電話番号) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 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 <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">所属所(市長部局にあっては総務事務センター)において証明しますので、記入する必要はありません。</div>										

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。