

(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	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)	
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)		
	〇〇 号		〇〇〇,〇〇〇 円					〇〇〇〇〇〇のため		
要介護者の住所	大阪市〇〇区〇〇 ×-×-×									
介護休業承認期間	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	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									
雇用保険からの 介護休業給付の支給	<input checked="" 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 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 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 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。										

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。