

(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	組合員との続柄 共済 一郎 (父)	
標準報酬 月額	等級 〇〇 級	月額 〇〇〇,〇〇〇 円	介護が必要となった理由(傷病や状態など) 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。				
令和〇〇年〇〇月〇〇日				
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。