

養育期間標準報酬月額特例

申出書

終了届出書

※申出者（届出者）が自ら署名する場合には、押印不要です。

下記のとおり申し出（届け出）ます。 福岡県市町村職員共済組合 理事長 様		フリガナ	キョウサイ タロウ	
平成 29 年 8 月 1 日		氏名	共済 太郎	
基礎年金番号		性別	生年月日	昭和・平成 58 年 2 月 24 日
1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0	所属所番号	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	9 9 9	証番号 9 9 9 9
フリガナ	フクオカケン フクオカシ ハカタク チヨ 4-1-27			
住所	〒 812 - 0044 福岡 都府 <input checked="" type="radio"/> 福岡 <input checked="" type="radio"/> 市・区 博多区千代 4-1-27			
フリガナ	キョウサイ ハナコ	養育する子の性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	養育する子の生年月日
養育する子の氏名	共済 花子			平成 28 年 7 月 7 日

○3歳に満たない子を養育することとなった場合に記入してください。

当該子に係る養育特例の申出の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		
養育することとなった年月日	平成 28 年 7 月 7 日	養育特例期間開始年月日	平成 29 年 7 月 1 日
基準月における所属機関	名称	〇〇市役所	
	所在地	〒 XXX-XXXX 福岡 都府 <input checked="" type="radio"/> 〇〇 市・区 〇〇町 1-1-1	
他の実施機関において養育特例の適用を受けていた場合、加入していた実施機関	第1号厚年被保険者（民間企業等）	第2号厚年被保険者（国共済）	第3号厚年被保険者（他の地共済）
	第4号厚年被保険者（私学共済）		

○3歳に満たない子を養育しないこととなった場合に記入してください。

養育しないこととなった年月日	平成 年 月 日
該当する事由を○で囲んでください	1 当該子以外の子を養育することとなったため 2 当該子が死亡したため 3 育児休業等を開始したため 4 産前産後休業を開始したため 5 その他 ()

上記の記載事項は、事実を相違ないことを証明します。

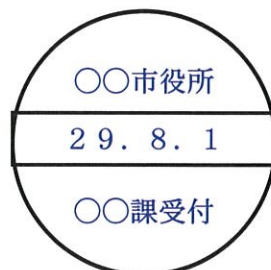
平成 29 年 8 月 2 日

所属機関の所在地 〇〇市〇〇町 1-1-1

所属機関の長の証明 所属機関名 〇〇市役所

所属機関の長の職氏名 〇〇市長 〇〇 〇〇

〇〇市長之印



※以下の書類を添付してください。

- ・子の生年月日及びその子と申出者との身分関係を明らかにすることができる戸籍記載事項証明書又は戸籍謄（抄）本
- ・世帯全員の住民票

従前標準報酬月額	平成 年 月 等級	【備考】
	月額 千円	

養育期間標準報酬月額特例

申 出 書

終了届出書

※申出者（届出者）が自ら署名する場合には、押印不要です。

下記のとおり申し出（届け出）ます。 福岡県市町村職員共済組合 理事長 様		フリガナ キョウサイ ハナコ	
平成 29 年 8 月 1 日		氏 名 共 済 花 子	
基礎年金番号 1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0		性 別 男 女	生 年 月 日 昭和・平成 58 年 2 月 2 4 日
フリガナ フクオカケン フクオカシ ハカタク チヨ 4-1-27		所属所番号 9 9 9 証 番 号 9 9 9 9	
住 所 〒 8 1 2 - 0 0 4 4 福岡 都 道 福岡 市・区 博多区千代4-1-27		養育する子の氏名 キョウサイ タロウ 共 済 太 郎	
フリガナ		養育する子の性別 男 女	養育する子の生年月日 平成 27 年 8 月 8 日

○3歳に満たない子を養育することとなった場合に記入してください。

当該子に係る養育特例の申出の有無		有・無	
養育することとなった年月日	平成 年 月 日	養育特例期間 養 育 開 始 年 月 日	平成 年 月 日
基準月における 所属機関	名 称	〒 - 都 道 府 県 市・区 郡	
	所 在 地		
他の実施機関において養育特例の適用を受けていた場合、加入していた実施機関		第1号厚年被保険者（民間企業等） ・ 第2号厚年被保険者（国共済） 第3号厚年被保険者（他の地共済） ・ 第4号厚年被保険者（私学共済）	

○3歳に満たない子を養育しないこととなった場合に記入してください。

養育しないこととなった年月日	平成 29 年 8 月 1 日
該当する事由を○で囲んでください	1 当該子以外の子を養育することとなったため 2 当該子が死亡したため 3 育児休業等を開始したため 4 産前産後休業を開始したため 5 その他（ ）

上記の記載事項は、事実を相違ないことを証明します。

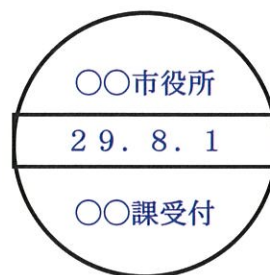
平成 29 年 8 月 2 日

所属機関の所在地 ○○市○○町1-1-1

所属機関の長 の 証明 所属機関名 ○○市役所

所属機関の長 の 職 氏 名 ○○市長 ○○ ○○

○○市 長之印



※以下の書類を添付してください。

- ・子の生年月日及びその子と申出者との身分関係を明らかにすることができる戸籍記載事項証明書又は戸籍謄（抄）本
- ・世帯全員の住民票

従前標準報酬月額	平成 年 月 等級	【備考】
	月額 千円	