


育児休業手当金請求書  
 ✓ | 新規 | 変更

決定 伺	課長	課長補佐・主幹	課員

決定額							円
-----	--	--	--	--	--	--	---

記号	番号	組合員氏名	所属所名
9 9 9	9 9 9 9	共済 花子	〇〇市
育児休業に係る子の生年月日	平成 29年 9月 5日	標準報酬額 月	第 18 級 300,000 円
育児休業期間	平成 29年 11月 1日 ~ 平成 30年 9月 30日		※辞令の写しを添付のこと
育児休業手当金請求期間	平成 29年 11月 1日 ~ 平成 30年 9月 4日		期間の終期又は子が1歳に達する日
育児休業手当金請求金額	1,797,104 円		※ 別紙により計算してください。
変更事由	<input type="checkbox"/> 保育所における保育が実施されないこと <input type="checkbox"/> 養育を予定していた配偶者の死亡 <input type="checkbox"/> 養育を予定していた配偶者の負傷・疾病等 <input type="checkbox"/> 養育を予定していた配偶者との婚姻の解消等による別居 <input type="checkbox"/> 養育を予定していた配偶者の産前産後休業等		
育児休業期間(全期間)	変更前	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	変更後	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 平成〇〇年〇〇月〇〇日 請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 氏名 共済 花子			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇			共済組合受付印 

※育児休業に係る辞令の写しを添付してください。  
 ※請求期間の終期は、支給期間の延長の場合は「1歳」を「1歳6月」又は「2歳」に、パパ・ママ育休プラスの場合は「1歳2月」に読み替えてください。  
 ※実際の支給は月毎に行います。給与事務担当者は毎月5日までに前月分の「育児休業実績・給与証明書」を提出してください。  
 ※パパ・ママ育休プラスに該当する方は、上記に加え配偶者との関係がわかるもの(住民票等)及び配偶者の育児休業期間が分かる書類を添付してください。

記号	999	番号	9999	氏名	共済 花子
----	-----	----	------	----	-------

### ○給付日数計算書

育児休業手当金請求期間	平成29年11月1日 ~ 平成30年9月4日							
180日到達日	平成30年4月29日			パパ・ママ育休プラス (該当：1 非該当：2)		2		
180日到達以前の対象日数(合計)						(a) 128 日		
180日到達以前の 各月の対象日数	11月	22日	12月	21日	1月	23日	2月	20日
	3月	22日	4月	20日	月	日	月	日
180日経過以後の対象日数(合計)						(b) 92 日		
180日経過以後の 各月の対象日数	4月	1日	5月	23日	6月	21日	7月	22日
	8月	23日	9月	2日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日	月	日

※「180日到達日」は育児休業開始日より土日を含めた暦日にて計算してください。

(例: 育児休業開始日 4月10日の場合 180日到達日 10月6日)

※180日到達以前の対象日数は、到達日を含み土日を除いた各月の日数を記入し(a)欄にその合計を記入してください。

※180日経過以後の対象日数は、到達日の翌日以降の土日を除いた各月の日数を記入し(b)欄にその合計を記入してください。

### ○給付金額計算書

標準報酬月額①	300,000 円		
標準報酬日額②	13,640 円	標準報酬月額①÷22日(10円未満四捨五入)	
区分	180日到達日以前に係る	180日経過以後に係る	
給付率	67/100	50/100	
給付日数③	(a) 128 日	(b) 92 日	「給付日数計算書」の(a)又は(b)の日数
手当金日額④	9,138 円	6,820 円	(ア)又は(イ)のどちらか低い額
(ア)本則	9,138 円	6,820 円	標準報酬日額②×給付率(端数切捨)
(イ)上限	13,622 円	10,165 円	雇用保険法による給付上限額(毎年8月更新)
請求金額	1,169,664 円	627,440 円	給付日数③×手当金日額④
請求合計額	1,797,104 円		