

人

本請求に係る子に対して、過去に育児休業の取得がない場合

## 育児休業手当金変更請求書

|                                   |   |          |            |  |           |
|-----------------------------------|---|----------|------------|--|-----------|
| 氏名コード                             | ××××××  | 所        | 名称         | 行財政局人事部厚生課                             |           |
| 所属コード                             | 1240030000  | 属        | 所在地        | 京都市中京区寺町通御池上る<br>上本能寺前町488番地           |           |
| (フリガナ)                            | キョウカイ ケミヤ   | 生年月日     | 平成○年 ○月 ○日 |  |           |
| 組合員氏名                             | 共済 組合   | 資格取得年月日  | 平成○年 ○月 ○日 |  |           |
| 対象期間                              | 育児休業の初日・末日  | 初日       | 令和5年9月27日  | 末日                                     | 令和6年2月22日 |
|                                   | 請求期間の初日・末日  | 初日       | 令和5年9月27日  | 末日                                     | 令和6年2月22日 |
| 変更がある場合                           | 変更前の育児休業の初日・末日  | 初日       | 令和5年9月27日  | 末日                                     | 令和6年3月31日 |
|                                   | 変更前の請求期間の初日・末日  | 初日       | 令和5年9月27日  | 末日                                     | 令和6年3月31日 |
| 対象となる子の出生日                        |   | 令和5年8月1日 |            |  |           |
| 請求金額(日額)                          | (標準報酬月額) 280,000 円×1/22 = (標準報酬日額) 12,730 円(10円未満四捨五入)                  |          |            |  |           |
|                                   | 【育児休業手当金請求初日から180日まで】<br>(標準報酬日額) 12,730 円×0.67 = (請求日額) 8,529 円(円未満切捨) |          |            |  |           |
|                                   | 【育児休業手当金請求初日から181日以降】<br>(標準報酬日額) 12,730 円×0.5 = (請求日額) 6,365 円(円未満切捨)  |          |            |  |           |
| 標準報酬等級及び月額                        | (標準報酬等級)  | 21級      | (標準報酬月額)   | 280,000 円                              |           |
| 休業中の報酬の給付                         | 1 有(別添証明書のとおり) <b>2 無</b>   |          |            |  |           |
| 本請求に係る子に対して、過去に育児休業の取得状況がある場合のみ記載 |   |          |            |  |           |
| ○子の出生から8週間以内の育児休業承認期間             |   |          |            |  |           |
| (1回目) 年 月 日から 年 月 日まで             |   |          |            |  |           |
| (2回目) 年 月 日から 年 月 日まで             |   |          |            |  |           |
| ○子の出生から8週間超の育児休業承認期間              |   |          |            |  |           |
| (1回目) 年 月 日から 年 月 日まで             |   |          |            |  |           |
| 上記のとおり請求します。                      |   |          |            |  |           |
| (宛先) 京都市職員共済組合理事長                 |   |          |            |  |           |
| 令和○年 ○月 ○日                        |   | 住所       |            | 京都市中京区寺町通御池上る<br>上本能寺前町488番地           |           |
| 請求者                               |   |          |            |  |           |
| 氏名                                |   | 共済 組合    |            |  |           |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。          |   |          |            |  |           |
| 年 月 日                             |   | 職名       |            | 所属所(市長部局であれば総務事務センター)にて証明しますので、記入不要です。 |           |
| 所属所長<br>(任命権者)                    |   | 氏名       |            |  |           |
| 氏名                                |   | 氏名       |            |  |           |

※太枠内を記入してください。

(所属所長証明欄は、総務事務センター(他任命権者においては職員課、人事課)で記入してください。)

- 備考 1 勤務しない期間に報酬が支払われた場合には、期間中に支払われる報酬についての所属機関の長又は事務担当者の証明を添付してください。
- 2 手当金は、あらかじめ登録いただいている短期給付金口座に振り込まれます。
- 3 手当金通知書は、総務事務センター(他任命権者においては職員課、人事課)に届け出ている住所宛に送付されます。

人

本請求に係る子に対して、過去に育児休業の取得がある場合  
(初回取得：令和5年8月8日～令和5年9月7日)

## 育児休業手当金変更請求書

|                                   |   |          |           |  |           |
|-----------------------------------|---|----------|-----------|--|-----------|
| 氏名コード                             | ××××××  | 所        | 名称        | 行財政局人事部厚生課                             |           |
| 所属コード                             | 1240030000  | 属        | 所在地       | 京都市中京区寺町通御池上る<br>上本能寺前町488番地           |           |
| (フリガナ)                            | キョウカイ ケミヤ   |          |           |  |           |
| 組合員氏名                             | 共済組合  | 生年月日     | 平成〇年〇月〇日  |  |           |
|                                   |   | 資格取得年月日  | 平成〇年〇月〇日  |  |           |
| 対象期間                              | 育児休業の初日・末日  | 初日       | 令和5年9月27日 | 末日                                     | 令和6年2月22日 |
|                                   | 請求期間の初日・末日  | 初日       | 令和5年9月27日 | 末日                                     | 令和6年2月22日 |
| 変更がある場合                           | 変更前の育児休業の初日・末日  | 初日       | 令和5年9月27日 | 末日                                     | 令和6年3月31日 |
|                                   | 変更前の請求期間の初日・末日  | 初日       | 令和5年9月27日 | 末日                                     | 令和6年3月31日 |
| 対象となる子の出生日                        |   | 令和5年8月1日 |           |  |           |
| 請求金額(日額)                          | (標準報酬月額) 280,000 円×1/22 = (標準報酬日額) 12,730 円(10円未満四捨五入)                  |          |           |  |           |
|                                   | 【育児休業手当金請求初日から180日まで】<br>(標準報酬日額) 12,730 円×0.67 = (請求日額) 8,529 円(円未満切捨) |          |           |  |           |
|                                   | 【育児休業手当金請求初日から181日以降】<br>(標準報酬日額) 12,730 円×0.5 = (請求日額) 6,365 円(円未満切捨)  |          |           |  |           |
| 標準報酬等級及び月額                        | (標準報酬等級)  | 21級      | (標準報酬月額)  | 280,000 円                              |           |
| 休業中の報酬の給付                         | 1 有(別添証明書のとおり) <b>2 無</b>   |          |           |  |           |
| 本請求に係る子に対して、過去に育児休業の取得状況がある場合のみ記載 |   |          |           |  |           |
| ○子の出生から8週間以内の育児休業承認期間             |   |          |           |  |           |
| (1回目) 令和5年8月8日から 令和5年9月7日まで       |   |          |           |  |           |
| (2回目) 年 月 日から 年 月 日まで             |   |          |           |  |           |
| ○子の出生から8週間超の育児休業承認期間              |   |          |           |  |           |
| (1回目) 年 月 日から 年 月 日まで             |   |          |           |  |           |
| 上記のとおり請求します。                      |   |          |           |  |           |
| (宛先) 京都市職員共済組合理事長                 |   |          |           |  |           |
| 令和〇年〇月〇日                          |   | 住所       |           | 京都市中京区寺町通御池上る<br>上本能寺前町488番地           |           |
| 請求者                               |   |          |           |  |           |
| 氏名 共済組合                           |   |          |           |  |           |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。          |   |          |           |  |           |
| 年 月 日                             |   | 職名       |           | 所属所(市長部局であれば総務事務センター)にて証明しますので、記入不要です。 |           |
| 所属所長                              |   | 氏名       |           |  |           |
| (任命権者)                            |   | 氏名       |           |  |           |

※太枠内を記入してください。

(所属所長証明欄は、総務事務センター(他任命権者においては職員課、人事課)で記入してください。)

- 備考 1 勤務しない期間に報酬が支払われた場合には、期間中に支払われる報酬についての所属機関の長又は事務担当者の証明を添付してください。
- 2 手当金は、あらかじめ登録いただいている短期給付金口座に振り込まれます。
- 3 手当金通知書は、総務事務センター(他任命権者においては職員課、人事課)に届け出ている住所宛に送付されます。