

# 育児休業手当金（1歳6か月超分） 請求書

職員番号（独法職員のみ）

地方職員共済組合大阪府支部長 様									
下記のとおり請求します									
令和 年 月 日									
組合員氏名			組合員（記号）番号			(地・大阪)		所属名	
育児休業の対象となる子の氏名					左の子の生年月日				
					令和 年 月 日				
育児休業の期間		令和 年 月 日		から		令和 年 月 日		まで	
(変更後の期間)		令和 年 月 日		から		令和 年 月 日		まで	
請求期間		令和 年 月 日		から		令和 年 月 日		まで	
請求金額		円 ※請求金額の記入は不要です							

養育中の子の1歳6か月に達する日後の期間における保育に関する状況は次のとおりです

(該当する項目の□に✓してください)

- (1) 育児休業に係る子について、保育所における保育の実施を希望し、申込みを行っているが当該子が1歳6か月に達する日後の期間について、当面その実施が行われない場合
- (2) 常態として育児休業に係る子の養育を行っている配偶者であって、当該子が1歳6か月に達する日後の期間について、常態として当該子の養育を行う予定であったものが次のいずれかに該当した場合
  - ① 死亡したとき
  - ② 負傷、疾病又は身体上若しくは精神上の障がいにより育児休業に係る子を養育することが困難な常態になったとき
  - ③ 婚姻の解消その他の事情により、配偶者が育児休業に係る子と同居しないこととなったとき
  - ④ 6週間（多胎妊娠にあつては14週間）以内に出産の予定であるか又は産後8週間を経過しないとき
- (3) 育児休業等を取得していた組合員が産前産後休業、介護休業及び新たな育児休業（以下産前産後休業等という）を開始したことにより当該育児休業等を終了した場合において、当該産前産後休業等に係る子が死亡したとき

日中の 連絡先	職場（ <input type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通）Tel： _____	内線： _____
	又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯 Tel： _____	

【添付書類】

- (1) の場合 …… 育児休業手当金支給対象期間延長事由認定申告書、市区町村に提出した保育所等の利用申込書（写し）、市区町村より発行された保育所等における保育が当面行われないことが明らかとなる通知（入所保留通知書等）（写し）
- (2) ①の場合 …… 世帯全員について記載された住民票（写し）、母子健康手帳（写し）
- ②の場合 …… 保育を予定していた配偶者の状態に係る医師の診断書（原本）、母子健康手帳（写し）
- ③の場合 …… 世帯全員について記載された住民票（写し）、母子健康手帳（写し）
- ④の場合 …… 母子健康手帳（写し）
- (3) の場合 …… 世帯全員について記載された住民票（写し）等（詳細はお問い合わせください）

} 全て

※以下、共済使用欄（記入不要）

共済受付 /処理欄	受付日	年	月	日	所属所受付 /処理欄	受付日	年	月	日
	処理日	年	月	日		処理日	年	月	日

【記入例】

育児休業手当金 (1歳6か月超分)

請求書

職員番号 (独法職員のみ)

地方職員共済組合大阪府支部長 様														
下記のとおり請求します。														
令和 7 年 10 月 10 日														
組合員氏名			組合員 (記号) 番号				(地・大阪)			所属名				
共済 花子			3	1	0	2	3	4	5	6	7	8	総務サービス課	
育児休業の対象となる子の氏名						左の子の生年月日								
共済 一郎						令和 6 年 4 月 10 日								
育児休業の期間		令和 6 年 6 月 5 日 から				令和 7 年 4 月 9 日 まで								
(変更後の期間)		令和 6 年 6 月 5 日 から				令和 8 年 3 月 31 日 まで								
請求期間		令和 7 年 10 月 10 日 から				令和 8 年 3 月 31 日 まで								
請求金額		円 ※請求金額の記入は不要です。												
<p>養育中の子の1歳6か月に達する日後の期間における (該当する項目の□に✓してください)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> (1) 育児休業に係る子について、保育所において1歳6か月に達する日後の期間について、</p> <p>(2) 常態として育児休業に係る子の養育を行っていたが、1歳6か月に達する日後の期間について、常態として当該子の養育を行う予定であったものが次のいずれかに該当した場合。</p> <p><input type="checkbox"/> ① 死亡したとき。</p> <p><input type="checkbox"/> ② 負傷、疾病又は身体上若しくは精神上に重大な障害が生じたとき。</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 婚姻の解消その他の事情により、養育者が死亡したとき。</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 6週間 (多胎妊娠にあつては14週間) 以上育児休業等を取っていた組合員が死亡したとき。</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 育児休業等を取得していた組合員が死亡したとき。</p>														
<p>日中の 職場 ( <input type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通) Tel : _____ 内線 : _____</p> <p>連絡先 又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 Tel : 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇</p>														

**(変更後の期間)**  
当初申請した時から変更があればご記入ください。変更がないが当該子がなければ記入不要です。

**請求期間**  
子が1歳6か月になる日から2歳になる日の前日 (その日より育児休業期間が短い場合は育児休業終了日) までをご記入ください。

**所属所受付/処理欄**  
知事部局の職員の場合は空欄で結構です。  
独立行政法人職員の場合は所属の法人事務局を通じて申請してください。

【添付書類】

- (1) の場合 …… 育児休業手当金支給対象期間延長事由認定申告書、市区町村に提出した保育所等の利用申込書 (写し)、市区町村より発行された保育所等利用停止通知書 (写し) 全て明らかとなる
- (2) ①の場合 …… 世帯全員につき
- ②の場合 …… 保育を予定し
- ③の場合 …… 世帯全員につき
- ④の場合 …… 母子健康手帳
- (3) の場合 …… 世帯全員につき

※以下、共済使用欄 (記入不要)

共済受付/処理欄	受付日	年	月	日	所属所受付/処理欄	受付日	年	月	日
	処理日	年	月	日		処理日	年	月	日