

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）

下記のとおり請求します。										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				育児休業の対象となる子の生年月日				令和 年 月 日			
育児休業の期間				年 月 日 から				年 月 日まで			
(変更後の期間)				年 月 日 から				年 月 日まで			
請求期間				年 月 日 から				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。

（該当する項目に○をしてください。）

(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（代表・直通）Tel _____ 内線（ _____ ）

又は 自宅・携帯 Tel _____

※下記は記入不要です。

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

- 【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） | } | 全て |
| (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。） | | |

〈育児休業手当金請求書の裏面〉※下記は記入不要です。

※

標準報酬月額

標準報酬の日額（10円未満四捨五入）

_____円 × 1/22 = _____円…… ①

標準報酬の日額 ①

給付日額（円未満切捨て）

_____円 × 67/100 = _____円…… ②（育児休業開始から180日目まで）

_____円 × 50/100 = _____円…… ②（育児休業開始から181日目以降）

給付日額②

休業日数
（勤務を要しない日を除く）

給付額

_____円 × _____日 = _____円

※

給付日額②

休業日数

請求額

年 月 分 _____ × _____日 = _____円

年 月 分 _____ × _____日 = _____円

年 月 分 _____ × _____日 = _____円

年 月 分 _____ × _____日 = _____円

年 月 分 _____ × _____日 = _____円

年 月 分 _____ × _____日 = _____円

休業日数の合計

請求額の合計

_____日 _____円

※支給開始日	※支給終了日	※給付日額	※支給日数
年 月 日	年 月 日	円	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）

下記のとおり請求します。

令和7年10月10日

組合員 氏名	共済 花子	組合員 記号番号	地・大阪	所属名				
			3 0 1 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	共済 一郎	育児休業の対象となる子の生年月日	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。	

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。

(該当する項目に○をしてください。)

- (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
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
つについて、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
 - 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、配偶者が育児休業を開始したとき。
 - ④ 6週間（多胎妊娠にあつては14週間）以内
- (3) 育児休業等を取得していた組合員が産前産後休業、育児休業を開始したことにより当該育児休業等を終了した場

(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。

日中の連絡先

職場（代表・直通）Tel _____ 内線（ _____ ）
又は 自宅・携帯 Tel 090-XXXX-XXXX _____

※下記は記入不要です。

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

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申請認定申請書、
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） } 全て
 - (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。)