

令和 年 月分 育児休業手当金請求者に係る実績証明書

所属所コード	所 属 所 名			

組合員証番号	育児休業手当金 請求者氏名	育児休業手当金の請求対象期間	支給日数	備 考
			報酬支給額	
		日から 日まで	日	
			円	
		日から 日まで	日	
			円	
		日から 日まで	日	
			円	
		日から 日まで	日	
			円	
		日から 日まで	日	
			円	
		日から 日まで	日	
			円	
		日から 日まで	日	
			円	

上記の者は育児休業手当金の請求者であり、請求対象期間における給料の支払いはなかったことを証明します。

福井県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

職 名

所属所長

氏 名

印

- 1 備考欄には、手当金受給の開始、終了、期間延長、失効、取消等に該当する場合にその旨記載してください。

2 期間延長、失効、取消の場合は、変更請求書を提出ください。

受 付